

بسمه تعالی

عنوان :

تجارب دانشجویان کارشناسی پرستاری از کارآموزی در بخش

روان : یک مطالعه پدیدۀ شناسی

مجری: دکتر منصوره کریم الهی، بهنام مولائی

دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

## چکیده

**هدف:** این مطالعه کیفی با هدف توصیف تجارب دانشجویان پرستاری در طی کارآموزی در بخش روان بیمارستان دکتر فاطمی اردبیل انجام شد.

**مواد و روشها:** مطالعه پدیده شناسی توصیفی در بخش روان بیمارستان دکتر فاطمی اردبیل انجام شد. برای کشف تجارب دانشجویان در بخش روان داده ها با مصاحبه عمیق جمع آوری و تولید شد برای تعیین مضامین موجود تحلیل داده ها با روش وود و هابر انجام گردید.

**یافته ها:** چهار مضمون مرتبط با هم شامل "اضطراب، بالندگی، یادگیری روتین (همرنگ شدن با جماعت) و اشتیاق" در داده ها یافت شد.

**نتیجه گیری:** این یافته ها بیش جامعی در جهت برنامه گیری و بکارگیری در آموزش بالینی در ایران بخصوص در بخش های روان بدست میدهد. توصیف تجارب دانشجویان پرستاری به مربیان پرستاری در برنامه ریزی فرصتهای یادگیری بالینی به روشی که کمتر تنش زا بوده و دانشجویان برای استفاده از خود به عنوان ابزارهای درمانی تجهیز شوند کمک خواهد کرد.

**واژگان کلیدی:** تجربه، آموزش بالینی، دانشجوی پرستاری، پدیده شناسی توصیفی

## **فصل اول :**

### **مقدمه و بیان مسئله**

## مقدمه:

تمام رشته هایی که با فعالیتهای علمی سر و کار دارند در حال تغییر پارادایم از تاکید بر دانش نظری به سمت ارزش نهادن بر آموزش عملی و تجربه هستند و دستاورد این تغییرات درک بهتر آموزش عملی و تجربه و انسجام آن با دانش نظری است و هدفش غنا بخشیدن به دانش نظری و هویت حرفه ای است (ادموند ۲۰۰۱).

آموزش یک فرایند تعاملی است که مستلزم مشارکت معلم و یادگیرنده در محیطی است که آموزش را حمایت و تسهیل کند (ریلی و اوثرمن ۱۹۸۵). این محیط به دلیل اینکه شامل یاد گیرنده و یاد دهنده می باشد هم تحت عنوان محیط آموزشی و هم تحت عنوان محیط یادگیری نامیده میشود محیط یادگیری در آموزش پرستاری را میتوان به دو نوع محیط آکادمیک و محیط بالینی تقسیم کرد (پاپ و همکاران ۲۰۰۳). محیط بالینی شامل تمام چیزهایی است که دانشجوی پرستاری را احاطه کرده اند از جمله بخش بالینی، لوازم و تجهیزات، پرسنل، بیماران و معلم. محیط آکادمیک تنها شامل دانشجو و معلم کنترل میشود (پاپ و همکاران ۲۰۰۳).

آموزش بالینی در محیط بالینی صورت میگیرد. این آموزش برای تبدیل دانشجویان پرستاری به پرستارانی که بتوانند بور مستقل و با کفایت در امر مراقبت از بیمار فعالیت کنند حیاتی است (ناهاس و همکاران ۱۹۹۹). یادگیری در محیط بالینی دانشجویان را با چالش هایی مواجه میسازد که در کلاس درس وجود نداشته است از جمله اینکه: در محیط بالینی کنترل کمی بر شرایط محیط وجود دارد، دانشجویان باید مهارتهای شناختی، روانی حرکتی و عاطفی را با هم ترکیب کنند تا بتوانند نیازهای مددجویان را پاسخ گویند، ایمنی بیمار باید در حین مراقبتی که توسط دانشجو ارائه میشود حفظ گردد و معلم باید نیازهای بیمار و دانشجو را با هم مورد توجه قرار دهد (ویندسور ۱۹۸۷). دانشجوی پرستاری با ورود به محیط بالینی، محیط آموزشی جدیدی را تجربه میکند که از نظر عوامل موثر یادگیری با محیط آموزشی کلاس درس متفاوت است (چابمن و اورب ۲۰۰۰).

پیروی به نقل از نولان و همکاران می نویسد آنچه دانشجو در محیط بالینی انجام میدهد کار بالینی نام دارد کار بالینی قرار دادن دانشجو در مقابل مشکلات بالینی است و ماهیت کار بالینی به گونه ای است که فرصتهایی را برای دانشجو فراهم میکند که دانشجو تئوری را در مشکلات بالینی واقعی بکار گیرد (پیروی ۱۳۸۴). بنز (۱۹۸۳) عنوان میکند تئوری چیزی را بیان میکند که میتوان آن را بصورت صریح و شکل یافته درآورد اما کار بالینی همیشه پیچیده تر است و واقعیت های متعددی را معرفی میکند که نمی توان آنها را با تئوری پوشش داد.

مقالات زیادی در زمینه مشکلاتی که تاثیر نامطلوب بر یادگیری دانشجویان پرستاری در حین کار بالینی دارند منتشر شده است. از جمله این مشکلات میتوان به تنش، اضطراب و فاصله بین تئوری و عملی اشاره کرد. این مشکلات علاوه بر اینکه روی یادگیری دانشجویان تاثیر میگذارد ممکن است منجر به نامناسب جلوه کردن حرفه پرستاری نزد دانشجویان پرستاری گردد (چابمن ۲۰۰۰). عوامل دیگری که بر یادگیری بالینی تاثیر میگذارد عبارتند از: ارتباطات افراد با یکدیگر، نگرش ها، ساختار فیزیکی محیط، محتوای آموزشی و روش آموزش (دون و بورنت ۱۹۹۵).

تحقیقات نشان می دهد که دانشجویان پرستاری از دوره آموزش بالینی پرستاری بعنوان تنش زا ترین دوره یاد میکنند و بسیاری از دانشجویان پرستاری تجربیات بالینی را بعنوان عامل ایجاد کننده اضطراب می شناسند (یونگ و همکاران ۲۰۰۲). برخی از عوامل تنش زا که توسط دانشجویان پرستاری گزارش شده عبارتند از: اولین تجربه بالینی، کمبود تجربه و دانش بالینی برای انجام وظایف به عنوان دانشجو، استفاده از وسائل و تجهیزات، مسئولیت پذیری و ارتکاب خطا، مراقبت از بیمار ان در حال احتضار، ترس از نادانسته ها، ترس از صدمه زدن به بیماران، محدودیت زمانی هنگام انجام وظایف پرستاری، جو غیر دوستانه بخش، تعامل با معلمان، احساس ترد شدن از جانب بیمار، ارزشیابی عملکرد بالینی، خود

ارزیابی، مواجه شدن با وضعیت هائی نظیر مرگ بیماران، بد حال و انتظارات کارکنان (ماهات ۱۹۹۸). همچنین بخش اعظم فرایند اجتماعی شدن حرفه ای دانشجویان پرستاری در محیط کار بالینی صورت میگیرد و کار بالینی روشهای موثر استدلال و رسیدگی به مشکلات بیماران و همچنین اجتماعی شدن در حرفه پرستاری را به دانشجویان یاد میدهد (کلر و همکاران ۲۰۰۲).

امروزه صاحب نظران بر این مسئله تاکید دارند که دستیابی به هدف اصلی آموزش پرستاری که همان تربیت دانش آموختگانی مورد اطمینان و دارای کفایت است به میزان قابل توجهی به آموزش بالینی با کفایت بستگی دارد (ادموند ۲۰۰۱).

### **تاریخچه آموزش بالینی**

آموزش بالینی همیشه بخشی از آموزش پرستاری بوده (کریستی ۱۹۸۰) و فلورانس نایتینگل در برنامه آموزش پرستاری در بیمارستان سنت توماس، بر ارزش آموزشی کار بالینی تاکید داشت (ریلی و اوثرمن ۱۹۸۵).

در دوره نایتینگل آموزش بالینی در بخش ها به صورت استاد شاگردی و تحت سرپرستی سرپرستاران بخش انجام میشد و آنان علاوه بر حقوق مبلغی به خاطر این آموزش دریافت میکردند. تاکید آموزش بر کمک به شاگردان برای توسعه مهارتها در زمینه چگونگی مشاهده، چه چیزی را مشاهده کردن، چگونه فکر کردن و راجع به چه چیزی فکرکردن بود. روشهای آموزشی مورد استفاده شامل آموزش در بخش و مطالعه موردی بود. عرصه کار بالینی بر اساس تناسب این محل ها با برنامه آموزشی انتخاب میشد (ریلی و اوثرمن ۱۹۸۵).

گرچه نظام آموزش پرستاری نایتینگل توسط سه بیمارستان در ایالات متحده پذیرفته شده بود اما زمانی که بیمارستان ها به توانائی بالقوه مدارس پرستاری و دانشجویان برای مراقبت از بیمار پی بردند ارزش آموزشی به میزان قابل توجهی کاهش یافت زیرا از دانشجویان پرستاری صرفا به عنوان نیروی کار در بخش ها استفاده شد و مدارس تاکید کمتری بر جنبه آموزشی کار بالینی داشتند (ریلی و اوثرمن ۱۹۸۵). طبق گزارش روبرتز (۱۹۵۴) در پایان اولین دهه ی قرن بیستم تعداد مدارس پرستاری از ۴۳۷ مدرسه به ۱۱۲۹ مدرسه افزایش یافت اما بیشتر این مدارس به دلایل اقتصادی تاسیس شدند نه آموزشی و نوع آموزش در بخش به صورت آزمایش و خطا بود. این دوره اغلب تحت عنوان دوره یادگیری به صورت استاد شاگردی نامیده میشود اما این نام برای این دوره مناسب نیست زیرا در این دوره معلمی وجود نداشت که دانشجویان بتوانند تحت کنترل وی به عنوان شاگرد فعالیت کنند و آموزش در بیمارستانها توسط دانشجویان رده بالاتر و بعضی مواقع توسط پزشکان انجام میشد. در سال ۱۹۱۰ میلادی تنها نیمی از مدارس پرستاری به استخدام معلم پرستاری مبادرت ورزیدند (ریلی و اوثرمن ۱۹۸۵).

کاهش توجه مدارس پرستاری به آموزش و تاکید این مدارس بر مراقبت از بیمار اثر منفی عمیقی بر توسعه حوزه بالینی به عنوان یک محیط یادگیری داشت بدین ترتیب که ارائه خدمات به نیازهای یادگیری دانشجویان را تحت تاثیر قرار داده و به حالت تعلیق در آورد. گزارش گلد مارک در سال ۱۹۲۸ میلادی و گزارش کمیته مدرسه گرادینگ در سال ۱۹۴۳ میلادی به مشکلاتی در برنامه پرستاری خصوصا در مورد فعالیت فیزیکی و آسیب رسیدن به یادگیری نظری در بالین اشاره دارند (ریلی و اوثرمن ۱۹۸۵). در این دوره محیط بالینی بر اساس مراقبت از بیمار فعال بود نه نیازهای یاد گیرنده و آموزش پس از آنکه نیازهای بیمار برطرف می شد انجام میگرفت. با تخصیص بودجه دولتی به آموزش پرستاری نقش حوزه بالینی تغییر پیدا کرد. سیاست دولت با سیاست مدارس پرستاری که هدف آنها توسعه برنامه های آموزشی بود هم جهت شد و مدارس پرستاری توانستند نیروی آموزشی استخدام کنند پرستارانی که وظیفه آموزشی بر عهده داشتند به تحصیل در رشته های دیگر پرداختند و بازگشت این پرستاران تحصیل کرده در بسیاری از رشته های علمی مرتبط با پرستاری کسب دانش کرده بودند آموزش پرستاری را قادر ساخت تا پایه نظری خود را تشکیل داده و در جستجوی ارتباط بین یادگیری در کلاس و یادگیری

در محیط بالینی باشد. با آغاز کنترل برنامه های آموزش پرستاری توسط دانشگاه ها و مدارس پرستاری و توسعه استانداردها، کار بالینی در برنامه های پرستاری به سمت مدل نایتینگل سوق داده شد. این مدل بر انتخاب حوزه بالینی متناسب با نیازهای یادگیرنده و همچنین تربیت دانشجویان توسط پرستارانی که برای آموزش آماده شده اند تاکید داشت (ریلی و اوثرمن ۱۹۸۵).

### **اهمیت آموزش بالینی**

در سطح آموزش بالینی نمی توان رشته ای را یافت که به اندازه رشته پرستاری دارای واحدهای درسی بالینی باشد (داین مان ۱۹۸۳ لازینسکی ۱۹۷۹). تاکید بر تربیت پرستارانی که علاوه بر دانستن قادر به انجام دادن نیز باشند نشاندهنده این است که آموزش بالینی یکی از اجزا با اهمیت برنامه آموزش پرستاری است (کلرو همکاران ۲۰۰۲). دانشجویان پرستاری محیط کار بالینی را به عنوان اثرگذارترین بافت آموزشی برای کسب مهارتها و دانش پرستاری می دانند (چان ۲۰۰۳) بر طبق گفته ناپتین (۱۹۹۶) کیفیت آموزش پرستاری وابسته به کیفیت تجربه بالینی دانشجویان است. پرستاری رشته ای مبتنی بر عمل است و کار بالینی نقش عمده ای در توسعه مهارتهای پرستاری دارد (ناهاس ۱۹۹۸). کسب این مهارتها در نهایت تبدیل دانشجویان پرستاری به نیروهای کاری را تسهیل میکند (نولان ۱۹۹۸).

### **ضرورت بررسی تجربه کار بالینی**

تحولات سریع در مراقبت های بهداشتی و انتقال آموزش پرستاری به بخش آموزش عالی حرفه پرستاری را متعهد به تربیت دانش آموختگان با کفایت نموده است. عامل دیگری نظیر مشکل دسترسی به محیط بالینی با کیفیت آموزشی مناسب افزایش نیازمندی به ارائه خدمات و محدودیت رو به افزایش منابع مالی هم در بخش آموزش عالی و هم در نظام سلامت چالش عمده ای را در زمینه فراهم نمودن آموزش بالینی با کیفیت بالا بوجود آورده است (کلر و همکاران ۲۰۰۲). دانش آموختگان رشته پرستاری در حالی وارد بافت پیچیده و پر چالش خدمات مراقبتی میشوند که محدودیت های اقتصادی و اجتماعی محیطی با بار کاری سنگین و شرایط کاری مشکل پدید آورده است (استال نکت ۲۰۰۰). بنابراین تعجب آور نیست که دامنه ای از مسائل مربوط به کیفیت و نتایج آموزش پرستاری و بویژه آموزش بالینی دانشجویان بطور مداوم مورد بررسی و بحث قرار گیرد.

اکنون به روشنی مشخص شده است که باید تعهدی نسبت به اطمینان یافتن از آموزش مناسب دانشجویان پرستاری وجود داشته باشد، آموزشی که از طریق ایجاد دانش نظری قوی و مهیا کردن موقعیت هائی برای ارتباط دادن تئوری فعالیت مراقبت از بیماران منجر ب توسعه کفایت بالینی دانشجویان شود (ویلیامز و همکاران ۲۰۰۱). همچنین صاحب نظران بر این مسئله تاکید دارند که دستیابی به هدف اصلی آموزش پرستاری که همانا تربیت دانش آموختگان مورد اطمینان و دارای کفایت است به میزان قابل توجهی بستگی به آموزش بالینی با کیفیت دارد (ادموند ۲۰۰۱).

آموزش بالینی دانشجویان یکی از بخش های اصلی آموزش پرستاری در ایران است. بطوریکه در برنامه کارشناسی مصوبه ۱۳۷۱/۵ به هر واحد کارآموزی ۱۰۲ ساعت و در برنامه کارشناسی مصوبه ۱۳۷۴/۸ به هر واحد کارآموزی ۶۸ ساعت اختصاص داده شد. بنابراین بررسی و ارزیابی آموزش بالینی میتواند نقش مهمی در بهبود کیفیت آموزش پرستاری داشته باشد. در طول سالهای گذشته با گنجانیدن کارورزی در آموزش بالینی از سال ۱۳۷۱ و کارآموزی در عرصه از سال ۱۳۷۴ تغییر در برنامه آموزش بالینی داده شد لیکن تا کنون در مورد تجربه بالینی پژوهشی انجام نگرفته است و نگاهی علمی به پدیده تجربه بالینی دانشجویان پرستاری در بخش روان در ایران نشده است. نقطه شروع برای انجام چنین اقدامی میتواند پی بردن به ماهیت پدیده تجربه بالینی پرستاری در بخش روان باشد. غیر قابل پیش بینی بودن وقایع در این محیط ها،

تجربه در محیط واقعی، نیاز به بهبود برنامه آموزش پرستاری در ایران و توجه به این حقیقت که ارزشیابی برنامه های آموزشی یک فعالیت مستمر و پویا است ضرورت انجام این پژوهش را دو چندان میکند.

از طرف دیگر دانشجویان پرستاری با تصویری که از پیش توسط رسانه ها از تهاجم و رفتار وحشیانه بیماران روانی ساخته و پرداخته شده وارد بخش روان میشوند. چنین تصورات ذهنی با توصیه های خانواده مبنی بر حفظ احتیاط در برخورد با بیماران روانی دو چندان میشود. بعلاوه تجارب معمول بالینی ناگهان جای خود را به تکالیفی از جمله ارتباط درمانی با مددجویان میدهد. این تقاضاهای بالینی ممکن است منجر به تنش دانشجویان در تجربه بالینی شود و تجربه کارآموزی در بخش روان را منفی سازد. با توجه به اینکه تجربه بالینی ذاتا تنش زا است مربیان بالینی در ایجاد یک جو مناسب و ایجاد محیط سازنده در این تجربه نقش اساسی دارند (اورمان، ۱۹۹۸). مربیان و کارکنانی که با فراگیران در عرصه کار بالینی کار میکنند چالش عمده شان بهبود توانائی دانشجویان در تعیین و واکنش مناسب به حیطه های یادگیری در محیط های بالینی است.

در رابطه با ادراکات پرستاران، دانشجویان پرستاری و مربیان پرستاری از محیط بخش روان مقالات بسیاری منتشر شده است با اینحال در مورد تجارب دانشجویان فرهنگ های مختلف در بخش روان بررسی کافی انجام نشده است. مربیان پرستاری لازم است که به تجارب دانشجویان خود حساس باشند. ارتباط آنها با این دانشجویان میتواند یک تجربه بی اندازه ارزشمند در کسب آگاهی از نگرش، ارزشها و عملکرد دانشجویان باشد. اما تحقیقاتی که تجارب دانشجویان ایرانی از کار در بخش روان را بررسی کرده باشد وجود ندارد. بنابراین در این مطالعه تجارب دانشجویان پرستاری در بخش روان مورد بررسی قرار گرفت. این تحقیق اساسی است به این دلیل که میتواند دیدگاه های خوبی در مورد تجربه در محیط فرهنگی که ممکن است روی فرایند یاددهی-یادگیری تاثیر منفی بگذارد ارائه دهد.

### **هدف پژوهش**

هدف اصلی این پژوهش جستجو، توصیف و تفسیر درک دانشجویان از کار بالینی در بخش روان و بدین ترتیب بدست آوردن بینش عمیق تر در مورد تجربه کار بالینی دانشجویان پرستاری است. این مطالعه کوششی برای فهم بیشتر تجربه بالینی بخش روان از دید دانشجویان پرستاری میباشد. سوالاتی که برای رسیدن به این هدف باید مورد تامل قرار گرفته و به آنها پاسخ داده شود عبارتند از: تجربه کار بالینی در بخش برای دانشجویان پرستاری چه معنائی دارد؟ کار در محیط بخش روان چه احساسی را در دانشجویان بوجود می آورد؟ چه مسائلی ذهن دانشجویان را در هنگام کار در بخش روان به خود مشغول می دارد؟

### **مفاهیم و واژه های اصلی**

**محیط کار بالینی:** محیط کار بالینی به محیطی اطلاق میشود که دانشجویان با مددجویان و خانواده آنها به منظور کسب مهارتهای شناختی مانند حل مسئله، تصمیم گیری بالینی و مهارتهای روانی حرکتی و عاطفی دارند (استوکز، ۱۹۹۸) و در این پژوهش بخش روان مد نظر میباشد.

**تجارب بالینی:** تجارب بالینی به تمام فعالیت هائی اطلاق میشود که دانشجویان در کار پرستاری با مددجویان برای برآوردن نیازهای مراقبتی آنان انجام میدهند (هوکنزو مونت ۱۹۸۳). چنین تجربیاتی در محیط های بالینی صورت میگیرد.

## فصل دوم:

# پیشینه تحقیق و بررسی

## متون



## فصل دوم

در این فصل به معرفی علوم انسانی و طبیعی، پژوهش کیفی، مطالعه پدیده شناسی و همچنین بحث پیرامون مفهوم تجارب بالینی و تحقیقات انجام شده در این زمینه پرداخته می شود.

علوم انسانی متمایز از علوم طبیعی است. علوم طبیعی به مطالعه طبیعت، اشیا، وقایع طبیعی و تغییرات مواد مپردازد اما علوم انسانی به مطالعه افراد و چگونگی وجود آنها در جهان و عملکرد هدفمند آنها می پردازد. علوم طبیعی تمایل به طبقه بندی پدیده های طبیعی دارد (مثل علم زیست شناسی) در حالیکه علوم انسانی در صدد استخراج معانی پدیده های انسانی (مثل مطالعه متون تاریخی و ادبی) و یا فهمیدن ساختارهای تجربه شده معانی (مثلا مطالعه پدیده شناختی) می پردازد (ون مانن ۲۰۰۱) و برای تحقیق از رویکرد پژوهش کیفی مبتنی بر پارادایم ماهیت گرایی استفاده می کند (پولیت و همکاران ۲۰۰۴). پیروی به نقل از بزور و گرو می نویسد در حوزه علوم انسانی رویکردهای تحقیق کیفی کاربرد فراوان دارد. داده های مطالعات کیفی ذهنی هستند و از ادراکات و عقاید شرکت کنندگان در مطالعه و محقق تشکیل شده اند و یافته های حاصل از تحلیل این داده ها منحصر به فهمیدن یک پدیده در یک موقعیت خاص میگردد. این یافته ها قابل تعمیم نبوده اما بینشی ایجاد میکند که میتواند بطور گسترده تر بکار برده شود. پژوهش کیفی بطور عمده مبتنی بر استدلال استقرایی است و تمرکز آن بر فرایندی است که توسط آن مفاهیم در یک بافت خاص معنا پیدا میکنند (دمپسی و دمپسی ۲۰۰۰).

## پایه های فلسفی پژوهش

پدیده شناسی ریشه در دانش فلسفی اروپا دارد و از فلسفه هاسرل، ریاضی دان و فیلسوف اواخر قرن نوزدهم ظهور پیدا کرد (هالووی و ویلر ۲۰۰۲). روشهای مختلفی برای انجام پدیده شناسی وجود دارد که از جهاتی با هم متفاوت و البته از بعضی جهات با هم شبیه هستند اما تمام آنها دارای یک هدف مشترک هستند که بر مبنای فلسفه پدیده شناسی تنظیم شده است (هالووی و ویلر ۲۰۰۲). روش تحقیق پدیده شناسی عبارتست از فرایند یادگیری و ایجاد معنی برای تجربه از طریق گفتگو با افرادی که آن تجربه را داشته اند. رویکرد پدیده شناسی با آشکار ساختن ماهیت نهفته در تجربیات سر کار دارد که هدف آن فهمیدن معنای تجربه به همان صورتی است که فرد تجربه کرده است (لویوندو- وود و هابر ۲۰۰۲).

پدیده شناسی می تواند بصورت توصیفی یا تفسیری باشد. پدیده شناسی توصیفی اولین بار توسط هارسل (۱۹۶۲) معرفی شد. وی در جستجوی پاسخ به این سوال که ما به عنوان یک شخص چه می دانیم بود. فلسفه وی بر توصیف معنای تجربه انسانی تکیه داشت. هایدگر که از شاگردان هارسل بود پدیده شناسی تفسیری را معرفی کرد. سوال اساسی برای هایدگر این بود که هستی چیست؟ او نه تنها بر توصیف تجربه انسانی بلکه بر تفسیر و فهمیدن آن نیز تاکید می کرد. بنابراین در پدیده شناسی توصیفی تمرکز تحقیق بر آنچه که افراد در ارتباط با یک پدیده تجربه می کنند می باشد. در حالیکه در پدیده شناسی تفسیری تمرکز پژوهشگر بر آن است که افراد تجربیاتشان را چگونه تفسیر میکنند. وجه تمایز اصلی بین پدیده شناسی توصیفی و تفسیری این است که در پدیده شناسی تفسیری پیش دانسته های محقق کنار گذاشته نمی شود (پولیت، بک و هانگلر ۲۰۰۴).

از زمان هارسل به بعد پدیده شناسی توسعه یافته و تحولاتی در آن صورت گرفته است بطوریکه امروزه مکاتب فکری متعددی در زمینه پدیده شناسی وجود دارد. پدیده شناسی هارسل تحت عنوان پدیده شناسی ترانسندنتال (Transcendental) نامیده میشود و دیگر شاخه های پدیده شناسی فلسفی شامل پدیده شناسی اگزیستانسیال (Existential) و پدیده شناسی هرمنیوتیک است (اودو و همکاران ۲۰۰۳).

پدیده شناسی ترانسندنتال در حقیقت پدیده شناسی هوشیاری است و در صدد است که بفهمد معانی چیزها چگونه بوسیله هوشیاری تشکیل می شود. جهت مند بودن هوشیاری اشاره به پیوند جدا نشدنی انسانها با جهان دارد (ون مانن ۲۰۰۱). بر خلاف پدیده شناسی ترانسندنتال هارسل که قائل به امکان جدا سازی پیش دانسته های موجود در هوشیاری از جوهره پدیده بود پدیده شناسی اگریستال این کار را غیر ممکن می داند و معتقد است که خود و هوشیاری قابل تفکیک نیستند (هالووی و ویلر ۲۰۰۲). عبارت "بودن در جهان" نیز بدین معنی است که انسانها در جهان واقعند و جهان خارج از هوشیاری انسانها وجود دارد. پدیده شناسی اگریستانسیال بجای تاکید بر جوهره ها بر هستی انسان تجربه انسانی و مطالعه زندگی انسان تاکید دارد (اریچ ۲۰۰۳).

پیروی به نقل از کخ (۱۹۹۶) می نویسد: اصطلاح هرمنوتیک از زمان ظهورش در قرن هفدهم به علم یا هنر تفسیر اطلاق شده است و به شاخه ای از فلسفه اروپایی اشاره دارد که با کسب دانش در مورد انسان و تفسیر متون سروکار دارد. استفاده اصلی هرمنوتیک در تفسیر متون قدیمی مخصوصا انجیل بود و هنوز هم در حوزه الهیات استفاده می شود. تفسیر هرمنوتیک توسط فیلسوفان آلمانی قرن نوزدهم برای پوشش دادن به کل وجود انسان یعنی "جهان بعنوان متن" گسترش یافت. هرمنوتیک بعدها به شکل تئوری درآمد که سعی در برقراری قوانینی برای تفسیر دارد (پیروی ۱۳۸۴).

## مروری بر مطالعات جهان :

با توجه به اینکه در تحقیقات کیفی باید یافته های حاصل را در بافت دانشی قرار داد که تا کنون در مورد پدیده مورد نظر بدست آمده، لذا به بررسی و نقد پژوهشهایی پرداخته می شود که در مورد تجربه بالینی دانشجویان پرستاری انجام شده است:

در سال ۲۰۰۴ چان مطالعه ای تحت عنوان "ادراکات دانشجویان پرستاری از محیط های یادگیری بیمارستانی" انجام داد. اهداف این مطالعه شامل ۱) بررسی ادراکات دانشجویان پرستاری در محیط بیمارستانی در طول کارآموزی بالینی و ۲) بررسی تفاوتها در ادراکات دانشجویان پرستاری از محیط یادگیری بالینی واقعی و محیط یادگیری مطلوب آنها بود. از متدولوژی تحقیق کمی و کیفی برای فهمیدن ادراکات دانشجویان استفاده شد. گروه هدف شامل تمام دانشجویان پرستاری سال دوم یک مدرسه پرستاری وابسته به یکی از دانشگاه های بزرگ در استرالایای جنوبی بود. در ابتدا ۱۰۸ دانشجوی پرسشنامه مخصوص مربوط به بخش کمی تحقیق را پر کردند و پس از آن ۲۱ دانشجو مورد مصاحبه نیمه ساختار یافته جهت جمع آوری داده های کیفی قرار گرفتند. نتایج این پژوهش بیانگر تفاوت معنی دار بین ادراکات مطلوب دانشجویان در مورد محیط یادگیری بالینی بود. یافته های حاصل از داده های کیفی نیز این نتیجه را تأیید کرد. بطور کلی دانشجویان خواستار محیط یادگیری بالینی مثبت تر و مطلوب تر از آنچه در واقعیت درک میکردند بودند. محقق تغییر در محیط یادگیری واقعی در جهتی که با محیط یادگیری مطلوب دانشجویان هماهنگ گردد را به عنوان اقدامی که باعث بهبود نتایج یادگیری بالینی می شود معرفی می نماید. این مطالعه با تمرکز بر محیط یادگیری دانشجویان پرستاری توانسته است بخشی از تجربیات دانشجویان پرستاری را مورد بررسی قرار دهد اما هدف آن بررسی کل تجربه بالینی دانشجویان پرستاری نبوده است.

چاپمن و اورب (۲۰۰۰) از طریق رویکرد پدیده شناسی تجربه بالینی دانشجویان پرستاری سال سوم را با هدف توصیف تجربه آنها از تمرین بالینی مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد. سوال پژوهش این بود که تمرین بالینی برای شما چگونه است؟ در این مطالعه ۱۴ دانشجوی سال سوم پرستاری از دانشگاه تکنولوژی کوریتین واقع در استرالایای غربی مورد مصاحبه قرار گرفتند. از روش پدیده شناسی کولایزی برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. از نظر کولایزی تجزیه و تحلیل پدیده شناختی شامل چندین مرحله است که محقق از طریق آنها در داده ها غوطه ور

شده و جملات مهم مشخص میگردد. جمع آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آنها بصورت همزمان انجام شد. در نهایت سه مضمون بدست آمد که عبارت بودند از: تمرین بالینی (دنیای واقعی)، افزایش یادگیری و موانع یادگیری در تمرین بالینی.

مطالعه دیگری توسط تیواری و همکاران (۲۰۰۵) با هدف تعیین دیدگاه ها در رابطه با آنچه که دانشجویان یاد میگیرند و چگونگی یادگیری آنها و بررسی نقش ارزشیابی و تاثیر آن بر یادگیری دانشجویان انجام شد. داده ها با استفاده از تعدادی مصاحبه گروهی متمرکز از دانشجویان، فارغ التحصیلان و معلمان پرستاری جمع آوری شد. معلوم شد که یادگیری دانشجویان در محیط بالینی به میزان زیادی تحت تاثیر درک آنان از ارزشیابی است. در نتیجه آنها رهیافت سطحی برای یادگیری اختیار کرده و روی ارزشیابی که قرار است از آنها انجام یگیرد تمرکز کرده اند. در این مطالعه از ارزشیابی به عنوان یک عامل منفی نام برده شده است.

پژوهش دیگری توسط پاپ و همکاران (۲۰۰۳) با هدف ادراکات دانشجویان پرستاری از تجارب بالینی در محیط یادگیری بالینی انجام شد. روش تحقیق فنومنولوژی با روش تحلیل کلایزی برای این تحقیق انجام شد. داده ها با مصاحبه بدون ساختار جمع آوری شد. از ۱۶ دانشجوی پرستاری خواسته شد که اهمیت تجارب بالینی و تجارب خوب و بد یادگیری را توصیف کنند. چهار مضمون بدست آمد: ادراکات و حمایتی که دانشجو دریافت کرده، کیفیت نظارت و مراقبت از بیمار و خود راهبری دانشجو. نظر دانشجویان پرستاری این بود که محیط بالینی فرآیند رشد برای پرستار شدن و حرفه ای شدن را فراهم کرده است. محیط بالینی خوب از طریق همکاری بین دانشکده و کارکنان بالینی ایجاد شده است.

### **مروری بر مطالعات ایران:**

علوی و همکاران (۲۰۰۷) پژوهشی را به عنوان بررسی تجارب دانشجویان پرستاری از ارتباط با پرستاران در محیط بالینی انجام دادند. روش پدیدة شناسی استفاده شد که در آن شرکت کنندگان از یک بیمارستان آموزشی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انتخاب شدند. نمونه هدفمند به تعداد ۱۰ نفر انتخاب شده و از روش تحلیل کلایزی برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. نتایج ۷ مضمون و زیر مضمون های مربوطه را با عناوین: درک دانشجویان از رفتار کارکنان، اجتماعی شدن دانشجویان، انگیزش، دیدگاه های حرفه ای، توانائیا و مهارت های دانشجویان، عوامل فرهنگی و ارتباطات با همگروهی نشان داد.

مطالعه کیفی دیگری توسط شریف و معصومی (۲۰۰۵) با هدف بررسی تجربه دانشجویان از عملکرد بالینی انجام شد. برای بدست آوردن دیدگاه ها و تجارب دانشجویان درباره عملکرد بالینی مصاحبه گروهی متمرکز انجام شد. از میان دویست دانشجو ۹۰ دانشجوی کارشناسی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز (دانشکده پرستاری و مامائی) بطور تصادفی انتخاب شده و در ۹ گروه ۱۰ نفره قرار داده شد. تحلیل داده ها با روش تحلیل کیفی کد گذاری و طبقه بندی شد. ۴ مضمون از داده ها بدست آمد. از دیدگاه دانشجویان "اضطراب اولیه بالینی شکاف تئوری و عملکرد نظارت بالینی نقش حرفه ای" عوامل مهم در تجربه بالینی بود.

به سادگی می توان دریافت که تحقیقاتی که انجام شده به بررسی جوانب یا کل تجربه بالینی پرداخته اند و هیچکدام به طریق پدیدة شناسی تفسیری که ترکیبی از توصیف و تفسیر را در خود دارد به بررسی تجارب دانشجویان در بخش روان نپرداخته اند. به این ترتیب انجام پژوهشی به روش پدیدة شناسی در زمینه تجربه دانشجویان در بخش روان ضروری به نظر میرسد.

**فصل سوم:**

**روش شناسی پژوهش**

## فصل سوم

این پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دانشکده پرستاری و مامائی انجام گرفت. شرکت کنندگان در این مطالعه دانشجویان پرستاری این دانشکده بودند. دانشکده یاد شده در زمان انجام این پژوهش دارای دانشجوی پرستاری و مامائی در مقطع کارشناسی بود. دانشجویان پرستاری مقطع کارشناسی این دانشکده کارآموزی بخش روان را در ترم ۶ میگذرانند و بنابراین در آن نیمسال تئوری و کارآموزی روان در کنار همزمان ارائه شده و تعدادی از دانشجویان قبل از خواندن تئوری کارآموزی را تجربه میکنند.

نمونه گیری: انتخاب نمونه مناسب اثر قابل توجهی بر کیفیت پژوهش دارد (مورس ۱۹۹۱). پاتون (۱۹۹۰) اصل بدست آوردن اطلاعات غنی و عمیق را راهنمایی برای نمونه گیری در پژوهش کیفی میداند. بنابراین در پژوهش کیفی معمولاً واحدهای نمونه بر اساس هدف خاصی که مورد توجه محقق است (هالووی و ویلر ۲۰۰۲) و بر اساس نیاز پژوهش انتخاب میشوند (مورس ۱۹۹۱) تا اطلاعات غنی و عمیق از آنها بدست آید. این نوع نمونه گیری را هدفمند می نامند. برای مهیا کردن چنین نمونه ای باید افرادی انتخاب شوند که پدیده مورد پژوهش را تجربه کرده باشند (هالووی و ویلر ۲۰۰۲).

در این پژوهش با توجه به هدف مطالعه که جستجو و توصیف درک دانشجویان پرستاری از کار بالینی و بدست آوردن بینش عمیقتر در مورد تجربه کار بالینی دانشجویان پرستاری در بخش روان بود. شرکت کنندگان بر اساس نمونه گیری هدفمند از بین دانشجویان پرستاری مقطع کارشناسی ترم ۶ انتخاب شدند زیرا این دانشجویان با تجربه کردن کار بالینی در بخش روان دارای اطلاعاتی عمیق و غنی در مورد تجربه کار بالینی هستند. یکی از معیارهای ورود به مطالعه این بود که دانشجویان در زمان انجام مطالعه کار بالینی در بخش روان را به اتمام رسانده و سابقه کار دانشجویی در بخش روان را نداشته باشند. همه دانشجویان کلاس تمایل خود را برای شرکت در مطالعه اعلام کردند. محقق برای هر کدام از این دانشجویان در یک جلسه جداگانه و رو در رو به شرح پژوهش و نتایج و کاربردهای آن پرداخت و به سوالات آنان در این خصوص پاسخ داد. علاوه بر این توضیحات داده شده به صورت کتبی و در قالب رضایت نامه (پیوست) در اختیار آنان قرار داده شد. محقق در این رضایت نامه با معرفی خود به شرح کوتاهی از پژوهش و هدف آن پرداخته و پاسخگویی به سوالات شرکت کنندگان در تمام مراحل پژوهش را تضمین کرد. محرمانه ماندن اطلاعات داده شده توسط شرکت کنندگان، داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش و داشتن اختیار برای انصراف از ادامه همکاری از دیگر موارد ذکر شده در این رضایت نامه بود. یکی از نگرانی هائی که در مورد رضایت نامه در پژوهش کیفی وجود دارد این است که اگرچه شرکت کنندگان برای مطالعه بر روی یکی از تجربیات خود (در این پژوهش، تجربه کار بالینی در بخش روان) رضایت می دهند اما ممکن است در حین مصاحبه و پس از آن مسائل جنبی پیش آید که شرکت کننده و حتی محقق هم برای روبرو شدن با آن آماده نباشند. این مسئله که پژوهش کیفی غیر قابل پیش بینی است و طرح آن به موازات پیش رفتن فرآیند تحقیق مشخص میشود پژوهشگر را ملزم میکند در تنظیم رضایت نامه علاوه بر موارد فوق این مسئله را نیز قید نماید و حتی در صورت لزوم رضایت نامه را در طی فرآیند تحقیق مورد ارزیابی مجدد قرار دهد. به رضایت نامه ای که به رعایت نکات فوق تنظیم شود رضایت نامه آگاهانه می گویند (استروبرت و کارپینتر ۲۰۰۷). به همین دلیل در تنظیم رضایت نامه این پژوهش محقق متعهد گردید در صورت بروز مسائل غیر قابل پیش بینی که مغایر با اطلاعات داده شده در فرم رضایت نامه باشد آنها را به اطلاع شرکت کنندگان برساند تا بتوانند با توجه به شرایط جثی در مورد ادامه همکاری یا انصراف از همکاری تصمیم گیرند.

**شرکت کنندگان :** برای پژوهش پدیده شناسی اندازه نمونه کوچک بوده و اندازه تقریبی نمونه در پژوهش پدیده شناسی ۶ شرکت کننده است (مورس ۱۹۹۱). شرکت کنندگان این پژوهش ۱۳ نفر دانشجوی پرستاری بودند که در جلسات کوتاهی که محقق با هر کدام از آنها به طور جداگانه برگزار کرد شرکت کردند. پس از آگاهی کامل از مطالعه و اهداف آن فرم رضایت را امضا کرده و بدین ترتیب رضایت خود را برای همکاری در این مطالعه به عنوان شرکت کننده اعلام کردند. ۶ تن از شرکت کنندگان مونث و ۷ تن مذکر بوده و سن آنان ۲۱ تا ۲۳ سال بود.

**جمع آوری داده ها:** روش جمع آوری داده ها در این پژوهش مصاحبه روش غالب و معمول ترین روش برای جمع آوری داده ها در پژوهش کیفی است (ماسون ۲۰۰۲) و استفاده از این روش جمع آوری داده ها در پژوهش کیفی طی دهه گذشته معمول تر گشته است (هالووی و ویلر ۲۰۰۲). پس از اینکه شرکت کنندگان فرم رضایت آگاهانه را امضا کردند از هر کدام آنها خواسته شد تا زمان و مکان مصاحبه را به دلخواه خود انتخاب کنند. تمام شرکت کنندگان ترجیح دادند در دانشکده پرستاری و مامائی مورد مصاحبه قرار گیرند. مصاحبه ها در اتاق محقق ترتیب داده شد. سوالات مصاحبه در قالب فرم راهنمای مصاحبه (پیوست) جهت انجام مصاحبه نیمه ساختار یافته تهیه شد. مصاحبه نیمه ساختار یافته عبارت از مصاحبه ای است که علیرغم اینکه پیرامون مسائل مورد نظر محقق برنامه ریزی می شود دارای انعطاف پذیری از نظر وسعت دید و عمق است (پولیت و هانگلر ۲۰۰۴). از مزایای تهیه فرم راهنمای مصاحبه این است که به محقق اطمینان می دهد که اطلاعات مشابه از تمام شرکت کنندگان جمع آوری کرده است (هالووی و ویلر ۲۰۰۲). در انجام مصاحبه با استفاده از فرم راهنمای مصاحبه ترتیب سوالات مصاحبه ها یکسان نیست و بستگی به فرآیند مصاحبه و پاسخ های هر شرکت کننده دارد (هالووی و ویلر ۲۰۰۲). در این پژوهش سوالات مصاحبه به صورت باز تنظیم شدند و در پرسیدن آنها ترتیب خاصی رعایت نشد.

فرم مصاحبه شامل دو دسته سوالات بود یک دسته که سوالات اسای مصاحبه را تشکیل می دادند و دسته دوم که سوالات پیگیری محسوب میشدند. سوالات اصلی را ۳ سوال تشکیل میداد:

۱. وقتی که عبارت "تجربه بالینی در بخش روان" را می شنوید چه چیز به ذهنتان خطور میکند؟
  ۲. هنگام حضور در بخش روان چه احساساتی دارید؟
  ۳. چه مسائلی در بخش روان ذهن شما را به خود مشغول میکنند؟
- پژوهشگر پاسخ شرکت کنندگان به هر کدام از این سوالات را با استفاده از سوالات و جملات پیگیری کننده نظیر "میتوانید بیشتر توضیح دهید؟"، "این بحث را با ذکر یک خاطره خوب و یک خاطره بد ادامه دهید." "وقتی میگوئید. . . منظورتان چیست؟" مورد کنکاش بیشتر قرار دهد.
- مصاحبه ها با استفاده از دستگاه رکورد سونی ضبط شده و سپس توسط پژوهشگر به صورت نوشته درآمد. طول مصاحبه ها بین ۱/۵ تا ۱ ساعت متغیر بود.

**تحلیل داده ها :** روشهای مختلفی برای تحلیل داده ها در روش پدیده شناسی وجود دارد. اما این روشها گرچه کمی با هم تفاوت دارند الگوی کلی شامل حرکت از توصیف شرکت کنندگان به سمت ترکیب محقق از تمام توصیفات شرکت کنندگان است. گاه ها بطور کلی شامل موارد زیر است:

۱. خواندن کامل و توأم با حساسیت تمام متن توصیف شده توسط شرکت کننده .
۲. تعیین تغییرات در تفکر شرکت کننده که منجر به تقسیم متن به بخش های جداگانه می شود.
۳. تخصیص عبارات خاص برای هر قسمت با استفاده از کلمات خود مشارکت کننده.

۴. تعیین جوهره هر عبارت خاص برای نشان دادن معنی اساسی در هر قسمت با کلمات محقق.
  ۵. گروه بندی بخش هائی که دارای معنی مشابه هستند.
  ۶. ترکیب اولیه بخش های گروه بندی شده با تمرکز بر جوهره پدیده مورد بررسی.
  ۷. ترکیب نهائی جوهره که در توصیفات تمام مشارکت کنندگان وجود داشته و منتج به توصیف کامل تجربه زنده شده است (وود و هابر۲۰۰۶).
- در مطالعه فعلی مصاحبه ها یک به یک ضبط شده و کلمه به کلمه پیاده گردید. بعد از پیاده کردن مصاحبه ها از مشارکت کنندگان خواسته شد که از لحاظ صحت متن را کنترل نمایند. محقق مصاحبه ها را چندین بار خواند و زیر نکات مهم خط کشیده شده و با کلمات خود شرکت کنندگان کد گذاری گردید. سپس متن به همکاری که در تحلیل کیفی سر رشته دارد نشان داده شد تا نظرات اصلاحی خود را بیان نماید. با در نظر گرفتن اصلاحات مصاحبه ها ادامه پیدا کرد و مصاحبه هر شرکت کننده با مصاحبه های دیگر مقایسه شد. در نهایت مضامین مشترک بدست آمده و در نتایج آورده شد.
- معیارهای مربوط به ارزیابی دقت و صحت پژوهش:** در مورد معیارهای کیفیت پژوهش کیفی و ارزیابی آن سه دیدگاه عمده وجود دارد (کات کلیف و مک کنا ۱۹۹۱)
۱. هر دو نوع پژوهش کمی و کیفی باید با معیارهای یکسان ارزیابی شوند.
  ۲. پژوهش کیفی باید با معیارهایی که به خود آن اختصاص دارد مورد ارزیابی قرار گیرد.
  ۳. بحث معیار شناسی جایگاهی در پژوهش کیفی ندارد.
  ۴. در این پژوهش مبنا دیدگاه دوم است بنابراین با معرفی معیارهای مخصوص پژوهش کیفی به معادل آنها در این پژوهش کمی نیز اشاره می شود تا فهم مطالب آسانتر گردد.
- موثق بودن پژوهش:** موثق بودن پژوهش کیفی به معنای دقت و مناسبت روش شناختی پژوهش است. معادل این اصطلاح در پژوهش کمی دقت است. برای اطمینان از موثق بودن پژوهش چهار معیار عمده وجود دارد که عبارتند از: معتبر بودن (معادل اعتبار در پژوهش کمی)، قابلیت اعتماد (معادل پایداری در پژوهش کمی)، قابلیت انتقال (معادل تعمیم پذیری در پژوهش کمی) و قابلیت تایید (معادل عینیت در پژوهش کمی).
- معتبر بودن:** تامین معتبر بودن پژوهش به معنای تلاش آگاهانه برای برقراری اطمینان در تفسیر داده ها از نظر صحت و درستی است (استروبرت و کارپتر ۲۰۰۷). معتبر بودن به اعتبار داخلی پژوهش است، یعنی درجه حقیقی بودن یافته های مطالعه و اینکه یافته ها بازتاب هدف پژوهش و واقعیت اجتماعی شرکت کنندگان در پژوهش هستند (هالووی و ویلر ۲۰۰۲). به عبارت دیگر وقتی شرکت کنندگان بتوانند معانی را که خودشان به موقعیت ها و شرایط داده اند بشناسند و حقیقت یافته ها را در بافت اجتماعی مربوطه دریافت دارند، معتبر بودن یافته ها تضمین شده است.
- یافته های این مطالعه به شرکت کنندگان ارائه شد و آنها نظرات خود را پیرامون هماهنگی یافته ها با تجربیات کار بالینی به محقق ابراز نمودند. این فعالیت بازبینی توسط شرکت کنندگان نامیده میشود (لینکلن و گوبا ۱۹۸۵). ون مانن (۲۰۰۱) برای تامین این معیار پیشنهاد میکند که علاوه بر بازبینی توسط شرکت کنندگان می توان یافته های پژوهش را با کسانی که در زمینه پژوهش کیفی تجربه دارند در میان گذاشت و آنرا تحلیل همکاری می نامد.
- همانطور که قبلا اشاره شد یافته های مقدماتی مطالعه به همکاری محقق در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ارائه شد.
- قابلیت اعتماد:** این معیار به قابل اعتماد بودن یافته های مطالعه اشاره دارد، بدین معنی که یافته ها باید سازگار منطقی و پیوسته باشند. به عبارت دیگر خواننده پژوهش باید قادر به ارزیابی کفایت تحلیل انجام شده از طریق پیگیری فرآیند تصمیم

گیری محقق باشد (هالووی و ویلر ۲۰۰۲). وقتی معیار معتبر بودن برای یک پژوهش تأیید شود بدین معنی است که معیار قابلیت اعتماد نیز تأیید شده است (گوبا ۱۹۸۱). محقق با انجام اقداماتی نظیر بازبینی توسط اعضا و تحلیل همکاران قابلیت اعتماد پژوهش را تأمین کرد.

**قابلیت انتقال:** قابلیت انتقال بدان معنی است که یافته های یک بافت به دیگر موقعیتها یا شرکت کننده ها قابل انتقال است. به عبارت دیگر دانشی که در یک بافت خاص کسب شده است مناسب بافت دیگر نیز بوده و آنهایی که پژوهشی مشابه را در بافت دیگر انجام دهند قادر خواهند بود مفاهیم مشخصی را که از پژوهش اولیه بدست آمده بکارگیرند (هالووی و ویلر ۲۰۰۲). به عقیده لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) پژوهشگر کیفی نمی تواند قابلیت انتقال پژوهش را مشخص کند و وظیفه وی در این زمینه تنها مهیا نمودن توضیحات مبسوط از یافته ها است تا کسانی که علاقمند به بکارگیری این یافته ها در بافت دیگر هستند بتوانند بر اساس این توضیحات ارزیابی قابل اعتمادی در این زمینه انجام دهند. در این پژوهش سعی شده است با توصیف های مبسوط زمینه برای قضاوت و ارزیابی دیگران در مورد قابلیت انتقال یافته ها فراهم شود.

**قابلیت تأیید:** این معیار اشاره به این نکته دارد که یافته ها و نتایج پژوهش حاصل فرضیه ها و پیش دانسته های محقق نیست (هالووی و ویلر ۲۰۰۲). قابلیت تأیید نشاندهنده ارتباط داده ها با منابع و ظهور نتایج و تفاسیر از این منابع است. قابلیت تأیید را می توان از طریق ارائه روند پژوهش به طریقی که قابل پیگیری باشد تضمین کرد (لینکلن و گوبا ۱۹۸۵). برای تضمین قابلیت تأیید به صداقت خردمندانه و گشودگی محقق و حساسیت وی به پدیده تحت مطالعه نیز اشاره شده است (هالووی و ویلر ۲۰۰۲).

محقق با حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش به تضمین قابلیت تأیید این پژوهش کمک کرد. علاقمندی پژوهشگر به پدیده تحت مطالعه تماس طولانی مدت وی با این پدیده (به عنوان مربی) و همچنین تلاش برای کسب نظرات دیگران در این زمینه از دیگر عوامل تضمین کننده قابلیت تأیید بود.

فعالیت های دیگری که در طول انجام این پژوهش به موثق بودن آن کمک نمودند عبارتند از: هدایت پژوهش بر اساس طرح تحقیق ضبط گفته های شرکت کنندگان بر روی نوار کاست و مکتوب کردن و همچنین بازبینی نوشته ها توسط شرکت کنندگان قبل از تجزیه و تحلیل به منظور تأیید صحت آنها. همچنین با توجه به توصیه همکاران، پس از ظهور مضمونها مصاحبه با ۲ دانشجوی دیگر انجام شد تا اطمینان حاصل گردد که مضمون دیگری وجود ندارد.

**ملاحظات اخلاقی:** به منظور رعایت اختیار به تمام افرادی که قرار بود از بین آنها شرکت کنندگان انتخاب شوند یادآوری شد که شرکت در این مطالعه اختیاری است. به تمام شرکت کنندگان اطلاعات شفاهی و کتبی در خصوص مطالعه داده شد و سپس از آنهایی که آمادگی خود را برای شرکت در مطالعه اعلام کردند خواسته شد تا فرم رضایت نامه فرآیندی را امضا نمایند و بدینوسیله رضایت خود را از مورد مصاحبه قرار گرفتن، ضبط گفته ها و مکتوب کردن آنها توسط محقق مستند سازند.

شرکت کنندگان در تمام مراحل پژوهش در ادامه یا انصراف از همکاری مختار بودند. به شرکت کنندگان در خصوص محرمانه ماندن داده هائی که آنها در اختیار محقق قرار داده بودند اطمینان داده شد.



## فصل چہارم:

## یافتہ ها

## فصل چهارم

۱۳ دانشجوی (۶ مذكر و ۷ مونث) در این مطالعه مشارکت کردند. مضمون هائی که از داده های این مطالعه ظهور یافت همگی پیرامون تجربه ی کار بالینی دانشجویان در بخش روانپزشکی و بر اساس هدف مطالعه یعنی جستجو، توصیف و تفسیر پدیده ی کارآموزی دانشجویان است. این مضمون ها از ۶۰۰ عبارت، جمله یا پاراگراف مضمونی که از مصاحبه ها جدا شدند ظهور یافت. بدین ترتیب که عبارات، جملات یا پاراگراف ها در ابتدا ۱۲ مضمون و ۳۰ زیر مضمون را تشکیل دادند و سپس با ادغام این مضمون ها تجارب دانشجویان در بخش روان در قالب ۴ مضمون ظهور یافت. این مضمون ها عبارتند از: اضطراب، بالندگی، یادگیری روتین (همرنگ شدن با جماعت)، اشتیاق (شکل ۱).

تمام مضمون ها با یکدیگر در ارتباط بوده الگویی از تجربیات بالینی را نمایان کرده و به خواننده در فهم واقعیت تجربه دانشجویان پرستاری در بخش روان کمک میکنند. مضمون های ظهور یافته و زیر مضمون های مربوط به هر کدام در جدول شماره یک گنجانده شده اند.

۱. اضطراب: یک یافته ی بسیار مهم و جلب کننده در این مطالعه ترس و وحشت شدید دانشجویان در ابتدای ورود به بخش روان برای کارآموزی بود. شرکت کنندگان از بخش روان هراسان بوده و میترسیدند که مورد تهاجم بیماران روانی قرار بگیرند. این یافته در تمام مصاحبه ها به چشم میخورد و شرکت کنندگان علل مختلفی را برای آن ذکر میکردند. بیشترین علت عدم مشاهده قبلی بیماران روانی و عدم آشنایی با بخش روان و داشتن اعتقادات عامیانه در مورد بیماران بود و اطلاعاتی که از دیگران مانند کارآموزان سالهای قبل از خود گرفته بودند به این ترس دامن میزد. این ترس تاثیر زیادی در نحوه یادگیری دانشجویان داشته به طوری که چند روز اول کارآموزی به علت وحشت ارتباط موثری با بیماران نداشته و سعی میکردند خود را کنار بکشند. حتی مربی نیز که میتواند نقش مهمی در رفع این ترس داشته باشد خود را از ارتباط با بیماران روانی غیر همجنس کنار میکشیده و در واقع الگویی برای ترس برای دانشجو میشده است. ظاهر بخش روان با میله های آن نیز عاملی برای ترس دانشجویانی است که قبلا چنین محیطی را تجربه نکرده اند. بیانیه های زیر نشان دهنده این مضمون است:

### a. تاثیر رسانه

"ما از قبل بیماران روانی را که در کوچه و خیابان دیده بودیم و نیز بیماران روانی که در فیلمها می دیدیم رفتار خشن داشتند و نیز رفتارهای هجومی داشتند و بهمین خاطر ما ترسمان از این دبود که در داخل سلول که در هم بسته است اگر بیمار حمله کند من چکار میتوانم انجام دهم و همین باعث اضطراب ما می شد. وقتی در قفل بود و بیمار هم رفتار تهاجمی داشت ما باید چکار میکردیم" (مصاحبه ۳)

"من آشنائیم با بیمار روانی فیلم دیوانه از قفس پرید بود، فکر میکردم همه مریضا اینقدر تهاجمی هستند که باید به غل و زنجیر کشیده شوند" (مصاحبه ۵)

### b. اعتقادات عامیانه

"این وضعیت که مربی خانم وارد بخش نمیشد برای ما مشکل ساز شده بود. ما به تنهایی وارد بخش میشدیم و چون استاد بیرون بود ما با تفکرات و رفتار عامیانه با بیماران ارتباط برقرار میکردیم. منظورم از تفکر عامیانه اینه که فکر میکردیم این افراد قابل درمان نیستند و علت بستری شان فقط دور ماندن از خانواده و جامعه است، اینکه با بعضی از بیماران نباید زیاد سؤال و جواب کرد. اینکه بعضی

از بیماران روانی بیمار نیستند، این بیماران بیشتر شبیه زندانیان هستند و از این لحاظ بیمار به حساب نمی آمدند. این افراد بخاطر ارزش کم بین خانواده و جامعه اینجا آورده می شوند" (مصاحبه ۵)

### c. تاثیر همگروهی

"اولش همین که میشنوی که اینا روانی ان احساس ترس داری. احساس میکنی که الان حمله میکنی یا اتفاق بدی می افته. بعضی چیزا که قبلا شنیدی که تو بخش روان اتفاقاتی افتاده. مثلا اونایی که رفته بودن میگفتن مریضا به خصوص مریضای مرد خیلی بد برخورد میکنن، بخصوص در قبال خانم ها رفتار خوبی ندارن. بعضی ها نگاه های بدی دارن احساس خطر میکنی از رفتارش. اونا آدمو ناراحت میکنن. بخصوص برای من بخش مردان خیلی سخت بود. این که اولین بار چطوری وارد بشم. بخصوص که مربی هم قرار نبود پیشمون بمونه. اولش احساس اضطراب داشتم. گفتن برخوردای بدی دارند. کاری میکنن که نباید بکنن. یه لحظه احساس میکنی که یکی ممکنه از پشت بهت بخوره. آدم از این میترسه که ما که میگی اینا عقلشون سر جاش نیست. انتظار داره هر لحظه رفتار بدی ازشون ببینه" (مصاحبه ۲)

"از گروه های قبلی و دیگر افراد شنیده بودم که میگفتند در زمان مراجعه به بخش خیلی مراقب باشید. بعضی از بیماران وحشی هستند و از قبل روی آنها اسم گذاشته بودند" (مصاحبه ۶)

"من روز اول ترس داشتم. بیماران را غیر انسان میدانستم. گروه های قبلی هم مارا ترسانده بودند. و به ما گفته بودند از خودتان مواظب باشید. از اینکه داخل بخش بشویم میترسیدیم و می گفتیم هر لحظه ممکن است بیماران حالت روانی (تهاجمی) پیدا کنند و یک سیلی بزنند دم گوشم" (مصاحبه ۱۰)

### d. ترس از ناشناخته

"من قبلا" با بیماران روانی ارتباط نداشتم ولذا در بدو ورود از اینکه چطور ارتباط را شروع کنم دلهره و اضطراب داشتم. ابتدا سعی کردم بدون اینکه خودم را با مسائل بیماران درگیر کنم در بخش بشینم و بتدریج شرح حال بگیرم و بدون سؤالات اضافی بخش را ترک کنم" (مصاحبه ۸)

"در روز های نخستین وقتی وارد یک محیط نا آشنا شدیم ندانسته ها از یک طرف و صحبت های تحدید کننده بیماران از طرف دیگر باعث میشد که بترسم".

### e. ترس از تهاجم

"اولین بار که وارد این محیط شدم و همه رو پشت میله ها دیدم. یه جوری شدم. مثلا میله یه حالتی داره که فکر میکنی اینا چون محار نشدنی هستن و همیشه جلوشونو گرفت که پشت میله ها زندونیشون کردن" (مصاحبه ۹)

"چیزی که بیشتر ما رو تحت تاثیر میگذاشت وضعیت تهدید کننده بیماران بود. بیماری به نام. . . بود که تا ایزوله نمیکردند ما جرات وارد شدن به بخش رو نداشتیم"

"من بخاطر ترس نمیخواستم به بیماران نزدیک بشوم. روز های نخست وقتی از دور به بیماران نگاه میکردم با خودم میگفتم صحبت کردن با این بیماران سخت است و شاید هم غیر ممکن".

"بیشتر ترس من مربوط به بیمارانی بود که حالات و رفتار های تهاجمی داشتند"

به این ترتیب نیاز به ایجاد آشنایی در دانشجویان قبل از ورود به بخش روان احساس میشود که خود دانشجویان نیز طالب این آشنایی بودند.

"اگه تو ذهنم تصویر خاصی داشتم. اطلاعاتی داشتم اینطور ناشناس وارد نمیشدم. احساس بهتری داشتم" (مصاحبه ۷)

"اینکه قبلا بریم این بخشو ببینیم. مثلا موقع تی تایم بریم این بخشو ببینیم. خیلی موثره. یا مثلا فیلمی ببینیم که بخش روان بیمارستان فاطمی چطوریه. یه عکسی ببینیم. هیچی. کاملا چشم بسته وارد بخش شدیم" (مصاحبه ۳)

"لازمه که ما با بخش آشنائی داشته باشیم. قبلش مارو ببرن بخشو ببینیم. فیلمی از بخش روان نشونمون بدن. با چند تا از مریضا حرف بزنیم." (مصاحبه ۶)

۲. **بالندگی** : یافته ها نشان داد که نه تنها ترس دانشجویان از بین رفته بلکه بتدریج با ادامه ارتباط با بیماران و یادگیری دانشجویان به رشد و پیشرفتی رسیدند که ما آن را بالندگی نامیدیم. از ویژگی های این رشد این است که نگرش دانشجویان نسبت به بیمار تغییر یافته و از این پس به او به چشم یک انسان مینگرد و با او به عنوان یک بیمار عضوی از جامعه ارتباط برقرار میکند. او با بیماران ارتباط دوستس برقرار کرده و سعی میکند مشکلات آنها را تا جایی که میتواند رفع نماید. حتی از برخورد های نادرست دیگران با بیمار برآشفته شده و بیماران را تحت حمایت خود قرار میدهد. رشد دانشجویان از این مرحله فراتر رفته و سعی میکند در خانواده خود ارتباط مناسب برقرار نماید تا زمینه برای بروز بیماری روانی ایجاد نشود. زیر مجموعه بالندگی دانشجویان موارد زیر بود: **تغییر نگرش نسبت به بیمار روانی، مهارت زندگی، نگرش انسان گرایانه**

a. **تغییر نگرش نسبت به بیمار روانی**: یافته ها در ادامه نشان داد که این ترس هم همانند دیگر احساسات بی پایه و سطحی چند روز طول میکشد و سپس رفع میشود و از بین رفتن ترس زمینه را برای ارتباط بیشتر با بیماران و یادگیری دانشجویان فراهم می آورد.

"این شرایط ۲روز طول کشید و به تدریج مرتفع گردید. چون به تدریج اضطرابات فروکش کرد با بیماران بیشتر صحبت کردیم و با آنها وقت صرف کردیم" (مصاحبه ۱).

"یکی دو جلسه که گذشت و در مورد بیماریها مطالعه دکردم علاقه مند شدم با بیماران بیشتر صحبت کنم و شرح حال بگیرم و اینکه چه عاملی باعث شده که بیمار دچار این مشکلات شده است. بتدریج که اضطراب ما فرو کش کردو با بیماران آشنا شدیم ارتباط بیشتر شد. ما هر روز با دو بیمار کار میکردیم و هر روز با تعداد بیشتری از بیماران آشنا میشدیم. هر روز که وارد بخش میشدیم و با بیماران احوالپرسی میکردیم بیماران را اذیت نکنیم و آنها هم از ما راضی باشند" (مصاحبه ۵)

"چون بتدریج اضطرابات فروکش کرد با بیماران بیشتر صحبت کردیم و با آنها وقت صرف کردیم. دیگر مثل قبل نبود براحتی میتوانستیم هر موقع دلمان خواست با بیماران باشیم کلید در را برمیداشتیم و در را باز میکردیم و وارد بخش شده و مجددا در را قفل میکردیم و با بیماران صحبت میکردیم و سپس هر موقع میخواستیم در را باز کرده و خارج میشدیم" (مصاحبه ۱۰)

"چون یکی از آشنایان بنده تحت روان درمانی بود در مورد بیمار روانی تا حدی آشنایی داشتم و می دانستم که به خاطر یک بیماری که دارد آمده است نه اینکه مشکل خاصی داشته باشد. او هم مثل ما یک انسان است و مثل ما در یک محیط زندگی میکند و بعضاً این بیماری شدید تر میشود. در کل هیچ مشکلی ندیدیم و از همان روز اول رفتیم در کنار بیمار نشستیم" (مصاحبه ۱۲)

b. **مهارت زندگی**: این مضمون از نقل قول های زیر استخراج شده است:

"بتدریج ما خودمان از بیماران شناخت پیدا کردیم. آنها را به عنوان یک انسان میشناختیم و صدا میکردیم و با آنها هم صحبت میشدیم. همین امر باعث شد که ما با دیگران (غیر از بیماران) هم بتوانیم ارتباط موثری برقرار کنیم" (مصاحبه ۷)

"در جلسات بعد گفتم خدایا به امید تو میرم با بیماران صحبت کنم هرچه باداباید و اگر هم زدند اشکالی ندارد. اما دیدم که آنها هم مثل ما انسان هستند و ما هستیم که آنها را آذیت میکنیم. مثلاً کنارشون نمیریم و یا با پرسیدن یک سؤال توسط بیمار از ترس اینکه ما را بزند او را تهدید به ایزوله کردن میکنیم" (مصاحبه ۸)

"دو نفر از بچه ها که به داخل بخش رفتند باعث شد ما جرات پیدا کنیم و بدانیم که آنها نیز مثل ما هستند. ما وقتی دیدیم که هیچ اتفاقی برای آنها نیفتاد و کسی اونارو نزد ما هم از جلسه دوم وارد بخش شدم و شرح حال گرفتیم. حالا وقتی در خانواده میبینم که مشکلی پیش می آید آن را کنترل میکنم و تجربه یکی از بیماران بخش را با آنها در میان میگذارم و به آنها توصیه میکنم که مواظب باشند. وضع مالی میتواند بتدریج اصلاح شود و نباید باعث بروز مشکلات جدی در خانواده شود" (مصاحبه ۴).

"نود درصد از بیماران از خانواده خود شاکی بودند این وضعیت بر من تاثیر زیادی گذاشت طوریکه تصمیم گرفتم خودم در خانواده رفتارم را عوض کنم و با اعضا خانواده طوری رفتار کنم که چنین مشکلاتی پیش نیاید. مهربانتر شدم. منطقی تر شدم. ارتباط بیشتری برقرار کردم سعی کردم با صحبت کردن رفع کنم. مشکلاتی که پیش می آمد من سعی میکردم با خواهران و برادرانم بیشتر مراوده بکنم (قاطی بشوم) و این باعث رفع خیلی از مشکلات شد. شاید قبلا نمی دانستیم در موقعیتهای مختلف چطور ارتباط برقرار کنیم و چطور صمیمی تر ارتباط داشته باشیم. من بعد از گذراندن دوره کارآموزی سعی کردم وقتی خواهر یا برادرم از سر کار می آمد و خسته بود با صحبت کردن از بروز اختلالات روانی پیشگیری کنم. ما از دوران بچگی عادت کرده ایم که وقتی پدرمان از سر کار می آید به او خسته نباشید می گوئیم و تجربه بخش روان باعث من این خسته نباشید را از ته دل بگوئیم" (مصاحبه ۶).

C. **نگرش انسان گرایانه:** این مطالعه نشان داد که دانشجویان مراقبت انسان گرایانه ارائه میدهند. دانشجویان سعی داشتند تا آنجا که ممکن است به گونه ای رفتار کنند که بیمار احساس راحتی بکند. بعضی از دانشجویان به روشهایی که برای بدست آوردن نیازهای بیمار و جلب رضایت وی بکار می گرفتند اشاره داشتند. بیماران بخش روان بیماری خود را نمی پذیرند. من در بخش احساس مسئولیت بیشتری می کردم چون فکر می کردم باید بیشتر با آنها صحبت کنم و توضیح دهم تا از بیماری خود آگاه شوند و بهبودی آنها زودتر اتفاق بیافتد. به بیماران نزدیک شده بودیم و البته سعی می کردیم بیماران را اذیت نکنیم و آنها هم از ما راضی باشند و در آن دو ساعتی که ما در بخش روان هستیم برای بیماران لحظات خوشی باشد. من احساس میکردم بعضی بیماران وضعیتشان بهتر از تشخیصی است که برایشان در نظر گرفته شده است.

در روزهای پایانی با شناختی که از وضعیت بخش و بیماران داشتیم دلم به حال آنها می سوخت. یادم هست یکی از بیماران که در روز آخر ما بستری میشد واتدینش میگفتند افسرده است و از دیروز هم پرخاشگری می کند. من میخواستم به او بگویم که اینجا جای خوبی برای دختر شما نیست و بهتر است بطرسقی بیمارستان را در منزل مراقبت کنید. دانشجویان شرح دادند که چگونه هنگام مواجهه با بیمارانی که در شرایط بدی قرار داشتند دچار ناراحتی میشدند. یکی از دانشجویان اینطور میگفت:

احساس میکنم بیشتر به حرف زدن نیاز دارن چون همه تنهاشون میذارن. از بس همه فکر میکنن که بیخود حرف می زنن. وقتی چیزی میبینم که کس دیگه نمی بینم بتدریج کسی تحویلشون نمی گیره. بیشتر نیاز دارن که کسی باهاشون حرف بزنه. خیلی کمبود دارن. بخش روان جدا کمبود دارن یکی اینکه همه جور بیمار اینجا هستن. دیگه اینکه ملاقاتی هم که ندارن. همراه هم ندارن که باهاشون حرف بزنن. تو بخشای دیگه مریضا همراه دارن. با همراشون حرف میزنن. اینا همراه هم ندارن. نه نرسا و نه همراه باهاشون حرف نمیزنن. تک تک (تنهای تنها) هستن.

با یک بیمار که صحبت کردم متوجه شدم که خیلی منطقی صحبت میکند و مشکل اصلیش مادر شوهرش است که او را اذیت میکند. من وقتی چنین بیماری را می دیدم که افسرده و منزوی در یک گوشه بخش نشسته خیلی ناراحت میشدم (مصاحبه ۵).

اولین چیزی که به ذهنم می‌آید بیماران هستند که در محوطه قدم می‌زنند در حالی که دلنگ هستند و محوطه اشان کوچک است کسی نیست که به ملاقاتشان بیاید ۲۴ ساعته با هم هستند و فقط پرستاران و انترنها هستند که با آنها در ارتباط هستند. وضعیت بهداشتی لباس و ظاهر و . . . افراد بیمار که از پنجره به بیرون نگاه میکنند به ذهنم می‌آید (مصاحبه ۶).

یکی از بیماران اسکیزوفرن بخش زمانی که ما در بخش بودیم رفتارهایی انجام داد که پرسنل او را به زور در ایزوله انداختند چون نمی‌توانستند او را کنترل کنند من با دیدن این صحنه احساس بدی داشتم (مصاحبه ۷).

در مورد بیمارانی که با مشکلات خانوادگی بستری بودند و اینکه وقتی ترخیص شدم در خانه دوباره مشکلات شروع خواهد شد. این صحبت‌های بیماران باعث میشد من فکر کنم که بعد از ترخیص تکلیف این بیمار چه خواهد بود و در منزل چه اتفاقی دوباره خواهد افتاد.

"بیماران وقتی از وضعیت خانواده و عدم حمایت اعضا صحبت می‌کردند دردناک بود و باعث تاسف ما میشد که شاید اگر درست و حسابی حمایت میشدند این چنین نمیشد." "

"من فکر میکنم زمانی اقدامات ما در بخش روان میتواند مفید و موثر باشد که کلیه پرسنل و دانشجویان در یک راستا قدم بردارند و اقدامات یکسان باشد. من یادم هست با یکی از بیماران در بخش صحبت کردم و بخاطر بعضی رفتاراش توصیه هائی کردم و او همان روز همه موارد را رعایت کرد اما فردا وقتی به بخش برگشتم همه چیز جای اولش برگشته بود وقتی بررسی کردم دیدم پرسنل بخش در شیفت‌های عصر و شب سر بیماران داد میکشیدند و با آنها بد رفتاری میکنند"

در واقع این زیر مضمون علاوه بر اینکه به تاثیر پذیری دانشجو از تجربیات محیط بالینی اشاره دارد یکی از مهمترین جوانب مراقبت را معرفی میکند. در مورد اینکه آیا همدلی یک صفت است یا یک وضعیت، یا اینکه همدلی پویاست یا ایستا بحث هائی در محافل علمی وجود دارد. صرفنظر از این بحث‌ها، آنچه از گفته‌های دانشجویان در این زمینه بر می‌آید این است که فهمیدن وضعیت بیمار و تاثیر پذیرفتن از آن میتواند محرکی برای ارائه مراقبت پرستاری باشد و بعد انسانی مراقبت را پرنگ نماید. علاوه بر این، یافته‌های مطالعه نشان داد که دانشجویان در تجربه بالینی خود و در ارتباط برقرار کردن با بیمار از این ارتباط تاثیر پذیرفته و جوی صمیمی بین آنها و بیمار بوجود می‌آید. "

۳. یادگیری روتین (همرنگ شدن با جماعت): علاوه بر تجارب خوبی که دانشجویان در بخش روان داشتند بعضی مشکلات را نیز خاطر نشان نمودند. ما این تجارب را یادگیری روتین نامیدیم. شکاف بین تئوری عمل وابستگی به مربی و عدم رضایت از یادگیری زیر مضامین این مضمون بود.

"نه نرسا رابطه ای دارن نه دکترا. فقط یک کار روتینو ادامه میدن. دکترا فقط به افسردگی یک ماه اول داروی خاص مینویسن. بدون اینکه با مریض حرف بزنن بعد دوز دارو ها رو کم میکنن. این جور کارا رو انجام میدن. توهم داشته باشه یه دارو اضافه میکنن. یک کار مشخصه.

گزارش نوشتن کار روتینشون بود میدونستند. مثلاً روند گزارش نوشتن میگفتند. در اون حد نه این که چیز خاصی یاد بگیریم. فکر میکنم اگر یک دیپلم هم اگه بره فقط یک مقدار اطلاعات داشته باشه که نسخه رو بخونه و روند گزارش نویسی رو بدونه دیگه مشکلی نخواهد داشت. ما که چهار سال وقت میذاریم میخوانیم با یک بهیار فرق خاصی نداریم. همون کارها رو اونا هم میتونن انجام بدن کاری نمیشد که بگیم پرستاران بخش روان مهارتی دارن که پرستاران بخشای دیگه ندارن"

"دارو دادن ما از پشت میله ها خیلی بد بود. من وقتی میدیدم که پرسنل با بیماران رفتار بد میکنند و سر بیماران داد میکشند با خودم میگفتم حتما اگر ما هم پرستار شویم چنین عمل خواهیم کرد. همه با بیماران طوری رفتار میکنند انگار که زندانی و محکوم هستند و باید مجازات شوند"

## a. شکاف بین تئوری و عمل

"اون مهارتو پیدا نکردیم. میگم طوری باشه که الان اگه برم بخش روان کتابی و در حد استاندارد بتونم کار کنم. یعنی نرسائی باشن که بدونم میخوام مثل اونا باشم. مثلاً موقع پذیرش مریض هم کار خاصی نمیکردن. کار کتابی بکنن. روی مریض تأثیری بگذاره. هیچ فرقی نداشت پذیرش این بخش با بخشای دیگه. این که از مرحله پذیرش شروع کنیم کار استاندارد رو تا ترخیص. هیچ وقت همچین کاری نکردیم. الان هم اگه برم بخش طبق روتین بخش جلو میرم نمی دونم چکار باید بکنم. برخورد استاندارد نمیشد. نمی دونم هم این استاندارد چه طوریه. این مهارتو بدست نیاوردم. باید بعد از تموم شدن این بخش ما باید این مهارتو بدست میآوردیم که با این مریضا چطوری پذیرش کنیم. رفتارو چرا تجربتا یاد گرفتیم. ولی کار استاندارد و یاد نگرفتیم. چون موقع پذیرش دقت کردم که چکار میکنن دیدم هیچ فرقی نمیکنه. لباس بهش دادن. مادر باید بری، پدر باید بری. مریض باید بره پشت میله ه. با جیغ و داد وارد بخش شد. نمیخواست پشت میله ها بره. فقط مامانش یکساعت پیشش موند. بعد که مادرش رفت مریض گریه کرد. موقع اومدن اصلاً اینطور نبود. تو بخش خیلی حرف زد. دو ساعت با خودش حرف میزد. همش هم بی ربط. توهم و هذیان داشت"

"مشکل دیگه ما این بود که آن درس را نخوانده کارآموزی رفتیم، مثلاً درس اکسیزوفرنی را نخوانده بودیم رفتیم بعد نمیدانستیم چه سوالاتی را باید پرسیم در بیماری اکسیزوفرنی چه علائمی وجود دارد باید به چه مواردی دقت کنیم شاید اگر مربی بود می گفت در بیماری اکسیزوفرن این نکته ها مهم است نسبت به حالت تئوری در عملی در بالین بیمار بهتر یاد میگیریم تا اینکه به صورت تئوری در کلاس یاد بگیریم"

"سر در گم می ماندیم که از چه جنبه ای پرسیم با اینکه شاید اگر آن درس را می خواندیم در مورد خود بیماری و علائم میدانستیم چگونه سوالات را پرسیم به همین خاطر چون آشنایی نداشتیم می گوییم بهتر بود مربی در کنارمان بود. اگر ما آشنایی داشتیم مربی فقط اشکالاتمان را رفع می کرد چون نخوانده بودیم مجبور بودیم هم یاد بگیریم و هم انجام بدهیم"

"همه تکالیف در حد تئوری بود اگر میتونستیم بصورت عملی پیاده کنیم خیلی عالی میشد. کنفرانسه ها فقط ۱۰ تا ۱۵ دقیقه اول مفید بود. چون توسط خود ما ارائه میشد خسته کننده میشد. بطور عملی بیمار حضور نداشت و صرفاً جنبه ادای تکلیف داشت و هدف کیب نمره بود"

"وقتی دانشجویان پزشکی با بیمار به سالن کنفرانس میرفتند و حین کنفرانس بطور عملی حالات مختلف را در بیمار بررسی میکردند باعث میشد یادگیری خیلی بهتر باشد اما دانشجویان پرستاری مثل کلاس درس کنفرانس میدادند و فقط تئوری بود. من چند بار هم از خود دانشجویان پزشکی پرسیدم گفتند که اینطور خیلی خوب یاد میگیرند"

"اکثراً مربی در بخش روان به میزان کسب مطالب تئوری توجه داشت و در طول ۹ روز من ندیدم که توسط مربی در بخش در زمان انجام مصاحبه یا فعالیت های بالینی ارزیابی شوم. یادم هست که ما در بخش روان یک مورد تزریق سرم داشتیم و کسی بعد از انجام کار نیامد بررسی کند که درست انجام شده یا نه."

b. وابستگی به مربی: تقریباً در تمام موارد مصاحبه ها نشان داد که دانشجویان وابستگی خاصی را به مربی تجربه میکنند. این وابستگی به حدی است که دانشجو نقش خود را به کل نادیده گرفته و در تمام موارد اظهار میکرد که مربی چیزی به ما یاد نداد. این وابستگی تأثیر منفی بر یادگیری دانشجو داشته همچنین منفجر به نارضایتی او از محیط آموزشی و مربی میگردد. و گاهی این وابستگی منجر به بیشتر شدن اضطراب دانشجو میشود. دانشجویی میگفت: "در کلاس هرچه خوانده ایم فراموش میشود ولی اگر عملی در بالین بالای سر خود بیمار گفته شود این بیمار این علائم را دارد ماندگارتر است تا اینکه من بیایم علائمی که بیماری دارد

مثلا عوارض دارویی و عوارض اکستراپیرامیدال را بخواهم تشخیص بدم شاید اگر مربی بود میگفت از عوارض دارویی است یا از خود بیماری بهتر یاد می گرفتیم ما در چنین نکته هایی می ماندیم.

اگر من مربی بودم سعی می کردم به دانشجو و بیمار نزدیکتر باشم. مثلا هنگام مصاحبه همراه دانشجو باشم و به سوالات دانشجو نظارت داشته باشم تا مبادا سوالات اشتباه بپرسد. شاید موقعی که من سوال می پرسیدم اشتباه بود اگر مربی بود می گفت آقای فلانی این سوالی که می پرسید اشتباه است و نباید این طور پرسید.

مربی باید در آخر مباحث را کامل کند چون اگر یک بار دانشجو میگوید و بار دیگر مربی بگوید آن مطلب را یاد می گیرد و بعد از آن یکی دو بار در کلاس بخواند آن مطلب جا می افتد و چون اکثر سرو کارش در بخش با آن مطلب است هیچ وقت از یاد نمی برد ولی به این حالت نشد.

چون استاد به درس تسلط داشت و گفته هایش کامل بود به همین خاطر آن ها را یادداشت می کردیم. مطمئن میشدیم که منظمه. اهمیت میداد به سر وقت اومدن. لافل دیر نکنیم. آدم وقتی می بیند که مربی اهمیت نمی ده مثلا تو بخشائی که ما می رفتیم مربی می اومد تازه صبحانه می خورد. می گفتیم خوب آگه دیر برسیم خیلی هم مهم نیست. ولی مربی سر وقت می اومد ما هم سعی می کردیم سر وقت برسیم. بهر حال بد میشد دانشجو بعد از مربی بره. سعی میکردیم دیر نکنیم. وقتی استاد همراه کارآموز است و در حین کار عملی بیماری و علایم بیماری مریض را به کارآموز توضیح می دهد کارآموز یاد می گیرد و مرور میکند.

وقتی مربی در کنار ما بود احساس راحتی می کردیم و شرح حال می گرفتیم اما وقتی مربی تنها ما را وارد بخش می کرد نمی توانستیم به بیماران نزدیک شویم و در فضای امن با آنها صحبت کنیم.

این وابستگی می تواند نشان دهنده عدم توانائی دانشجو در یادگیری خود راهبر باشد همچنان که دانشجویان این موضوع را هم اعلام میکردند از اول ابتدایی به عنوان یک گیرنده هستیم و با این حال که دانشجو هستیم ولی به محیطی که وارد شدیم به عنوان گیرنده هستیم.

مریمون خیلی خوب بود هر سوالی هم داشتیم بی جواب نمی گذاشت. نمیشد که چیزی پرسیم ندونه یا ما رو گمراه کنه اکثرا جواب می داد.

بخش روان خیلی سوال برا آدم پیش میاد چون اطلاعات خیلی نداریم. قبل از اینکه دانشگاه بیائیم از بیماریها اطلاعاتی نداریم. در حد افسردگی. فکر میکردیم روانی تموم شد. بیماری روانی فقط یک نوعه. خیلی با جزئیات آشنا نبودیم کتابو که میذاریم جلومون خیلی سوالات برامون پیش میاد. ولی رفرنس خوبی نداریم. تعداد کتابا که کمه هم تو بیمارستان و هم تو دانشگاه. خیلی به آدم کمک نمیشه. به مرور یادت میره. دنبال چند تا سوال رفتم گیج شدم. اصلا سرد شدم. آخه چند تا تست بود به چند تا استاد نشون دادم هر کدوم یک جواب دادن. در حالی که جوابی که کتاب می گفت یه چیز دیگه بود. اصلا برای من این سوال بود که فرق استرس و اضطراب چیه. هر استادی یه جواب می داد. کتاب هم یه جواب داشت بعد که میدیدیم برای هر سوالی چند تا جواب میشنوم دیگه همه رو ول می کردم دیگه دنبالش نمیرفتم. احتمالا اینترنت جدید داره. ولی سایت معتبر نمی دونم کجا برم. بهر حال چیزی پیدا نکردم در این مورد. تو سایت هم تعریف ای سی تی و این جور چیزا بود.

وقتی مربی با ما بود و در کنار ما می نشست تا با بیمار مصاحبه کنیم در آن صورت به خاطر احساس راحتی و امنیت با بیمار صحبت میکردیم و شرح حال می گرفتیم اما وقتی مربی ما را تنها می گذاشت نمی توانستیم به بیماران نزدیک شویم.

### c. عدم رضایت از یادگیری



برخورد پرسنل با بیماران و دانشجویان خوب نبود و شرایطی حاکم بر بخش بود. در بخش روان وسط مصاحبه با بیمار دانشجوی پزشکی می آمد و مصاحبه ما را قطع کرده و بیمار را به کلاس درس میبردند و این باعث قطع ارتباط ما میشد. پرسنل هم بیشتر به دانشجویان پزشکی توجه می کردند و آنها را ارجح میدانستند. ارتباط ما را قطع می کردند و بیمار را به دانشجوی پزشکی قرار می دادند یا وقتی گویی و فشار سنج میخواستیم آن را در اختیار ما قرار نمی دادند.

اتاق کنفرانس (کلاس) برای یادگیری مناسب نبود. فضای کوچکی بود. بخش غیر قابل تحمل بود. من که بیمار نبودم توان تحمل شرایط بخش را نداشتم. در بخش گل و گیاه نبود. رنگ بخش نامطلوب بود. به فضای باز راه نداشت. نرده کشی بود. پنجره ها بسته بود یا اگر هم باز بود نرده داشت. بخش معمولا گرم بود. من در کل فکر می کردم ساخت بخش مناسب نبود و بیشتر به زندان شبیه بود تا بخش.

خوب ما میریم که یاد بگیریم. به کارگر میره پیش به استاد کار میکنه اول از اون یاد میگیره. ما باید یاد می گرفتیم که یاد نگرفتیم. عملا ببینیم که نرسا تخصصی کار می کنن یا دکتر تخصصی کار میکنه. که نمی دیدیم. مشاهده خودش خیلی تاثیر داره. ما هیچی ندیدیم. اول باید پرسنل یاد بگیرن تا ما ازشون یاد بگیریم.

نمیدونم از کجا پیدا کنم. اصلا خوب بود به جزوه ای چیزی دستمون بود. بعد از دانشجویان مثل شما تحقیق میکردن. از لحاظ تخصصی مشکلات مشخص بشه. یک جزوه یا کتابی نوشته بشه. از زبان یک دانشجو که میخواد بره بخش چکار کنه. اطلاعاتی خاصی داده بشه. اصلا اطلاعات نداریم. میریم دوره میبینیم اصلا کار استاندارد انجام نمی گیره کار تخصصی انجام نمیشه. فکر میکنم با این تحقیق برای اساتید هم مشخص میشه که دانشجویان بدون اطلاعات قبلی میرن. درسته روان یک رو پاس کردیم. ولی اونم در حد تئوریه. بدون اینکه بخشو ببینیم حتی ساده ترین امر اینه که ما به دور بخشو ببینیم که نمیبینیم. خوب مثلا کیسهای مهم بخشو بدونیم که چیه.

"فضای بخش و رفتار پرسنل از عوامل مهم در بخش بود که در یادگیری ما تاثیر میگذاشت. پرسنل ما را به عنوان همکار خودشان حساب نمیکردند. و حتی به خاطر برگ داشتن یک برگ شرح حال با ما بد رفتاری میکردند. پزشکان هم با ما برخورد خوبی نداشتند و وقتی سوال می کردیم به ما میگفتند که این سوالات در حد پرستاری نیست و بی توجهی میکردند"

"چند بار تصمیم گرفتم سر ویزیت پزشکان باشم تا شاید مطلب تازه ای یاد بگیرم اما متاسفانه بعضی پزشکان که نمی خواهم اسمشان را بگویم بودند که بیمار را مسخره میکردند. وقتی من چنین شرایطی را میدیدم و اینکه متخصص به جای درمان بیمار او را مسخره میکردند تردید داشتم که یک درصد احتمال بهبودی بیمار باشد."

"مربی در مدت نه روز کارآموزی نحوه ارتباط، شوک درمانی و نحوه شرح حال گیری را توضیح داد. البته فقط بصورت تئوری و اصلا نشد که بصورت عملی خود مربی شرح حال بگیرد و ما ببینیم که چطور باید صحبت کرد و چطور باید پرسید. فقط بصورت تئوری در کلاس بخش مرور شد و ما نوشتیم و وارد بخش شدیم."

"متخصصین هیچگونه جنبه آموزشی نداشتند. بعضی از آنها بیماران را مورد تمسخر قرار میدادند و بعضی هم گذرا وارد بخش میشدند و تکرار دستورات قبلی را مینوشتند و تمام. اصلا بررسی نمیکردند که حال بیماران نسبت به روز های قبل فرق کرده یا نه." "پرسنل اصلا وارد بخش نمیشدند و اکثرا در اتاق خودشان جمع میشدند و بهمین خاطر در یادگیریمان نقشی نداشتند."

**اشتیاق:** تقریبا تمامی دانشجویان اظهار کردند که در انتهای دوره بخش روان را دوست داشتند و این مضمون چهار زیر

مضمون داشت: ادغام دانش تئوری در عملکرد بالینی، ارزشیابی یادگیری خود، اشتیاق به کار کردن در بخش روان،

یادگیری از همکلاسی، به عنوان پرستار خوب دیده شدن.

"میل به دانستن اینکه واقعا مشکل بیمار چیه و چه عواملی باعث بروز این اتفاقات شده و ندانسته ها باعث شد شرایط بخش را تحمل کنم."

"خوب شرح حال رو بهتر میگیرم. سعی میکنم با تک تک مریضا بشینم وقت بگذرانم. شرح حال بهتری بگیرم. برای خودم اطلاعات بیشتری بدست بیارم. بیشتر روی مشکلاتشون فوکوس میکنم."

"بخش روان تکراری نمیشه. خیلی جذابیت داره. من فکر میکنم اگه دوباره بریم بخش روان، از بار اول بهتر میشه."

a. ادغام دانش تئوری در عملکرد بالینی: به اعتقاد دانشجویان انجام مراقبت در محیط بالینی باعث به عمل در آمدن دانش نظری آنها و در نتیجه ایجاد پلی بین تئوری و عمل میشود:

"من وقتی با بیمار مصاحبه میکردم تمام اطلاعات قبلی و علائم بیماری را در بحث تئوری در بیمار بررسی و تطبیق میدادم و این باعث میشد بهتر بتوانیم یاد بگیریم"

"ما هر روز که با بیماران مصاحبه میکردیم وضعیت بیمار را با وضعیت وی در روزهای قبل مقایسه میکردیم اینکه آیا خلق بیمار، توهم و هذیان یا دیگر مشکلات بیمار بهتر شده یا نه؟"

"از روی تفکر با بیمار ارتباط برقرار می کردیم و سعی می کردیم ارتباط با بیمار را رعایت کنیم و صحبتی که می کردیم از روی قصد و تفکر بود و هدف خاصی را دنبال می کرد. بر طبق اصولی که یاد می گرفتیم سعی میکردیم که با آنها از روی آموخته های تئوری در درس ارتباط روانی الگو گیری از پرونده بیمار و ترتیب شرح حال نویسی که استاد به ما آموخته بود به صورت هدف دار صحبت کنیم."

دانشجویان بصورت مستقیم یا غیر مستقیم به لزوم داشتن دانش نظری برای به انجام رساندن فعالیتهای عملی تاکید داشتند. انجام فعالیتهای بالینی بر مبنای دانش نظری تضمین کننده انجام درست آن فعالیتهای بود طوری که دانشجویان دانش نظری برای انجام مراقبتهای را به عنوان نقص محسوب کرده و نسبت به انجام فعالیتهای مراقبتی بر اساس دانش نظری ابراز علاقه نمودند.

"هذیان و توهمو. . . که در کتابها هم با آنها آشنا شده بودیم و سولاتی را که با توجه به کلاسهای تئوری و آموخته هایی که از آنها بدست آورده بودیم آماده کرده بودیم با توجه به بیماری های بیماران از اونا میپرسیدیم و با توجه به کلاس های تئوری می توانستیم پیش بینی کنیم که در کدام بیماری چه شرایطی به وجود خواهد آمد که آنها را لحاظ می کردیم. در واقع کلاس های تئوری برای کار های عملی لازم بود به این صورت که آموخته های تئوری در کارهای عملی و بالینی به کار میرفتند. این شیوه معمول همه مطالعات ایت."

"نوشتن فرایند باعث میشد مشکلات بیمار را شناسائی و رفع کنیم. البته همه در حد تئوری بود اما اگر به طور عملی میتوانستیم پیاده کنیم خیلی عالی میشد. ما در اکثر کارآموزی ها بدنال مطالب تئوری هستیم در حالیکه بهتر است مطالب تئوری خوانده شده قبلی را بطور عملی کار کنیم و در بالین پیاده کنیم."

"مثلا یه مریض اسکیزوفرنی بود به اسم. . . من با اسکیزوفرنی با مشخصات اون یادم میمونه. اون رفتاری که تو کتابا میخونی. کلا یه کیس که میبینی علائمش یادت میمونه. کلا الان که تو کتاب اسکیزوفرنیو میخونم میبینم دقیقا همون علائمه که من تو اون میدیدم. . . یه کیسی بود که فکر نمیکنم از یاد کسی بره. یک دختر تحصیلکرده که حالا اسکیزوفرن اونم در وضع شدیدش بود. چند بار هم درمان شده بود و رفته بود. تنها کسی که تو بخش با هیچکس راه نمی اومد اون بود. واصلآ رفتار هنجاری نداشت. واقعا رفتار هایی داشت که در آدم سالم نمی دیدی. در فاز تحریک پذیری بود و کسی نمیتونست نزدیکش بشه. حتی بعضی وقتا مارو نمیگذاشتن وارد بخش بشیم چون حالش بد بود. خیلی دادو بیداد میکرد. از لحاظ پوشش رعایت نمیکرد."

"میخوندیم و بعد می اومدیم مریضارو میدیدیم. جالب بود همون چیزائی که در مورد مثلا اسکیزوفرنی خونده بودیم تو مریضا هم میدیدیم."

b. دیده شدن به عنوان پرستار خوب: احساس میکنی باید اطلاعات بیشتری داشته باشی. دیگران به چشم دیگه ای بهت نگاه میکنن. لاقال مردم عادی انتظار دارن به سوالاشون جواب بدی."

صفر صفر نری تو بخش. یه موضوع که پیش می اومد مثلا اسکیزوفرنی کیسی که میدیدم دلم میخواست بیشتر بدونم رفتن دنبالش. سعی میکردم چیزای کاربردی رو بیشتر بخونم. بعضی چیزارو هم از پرستار میپرسیدم. که افراد عادی که ازم میپرسیدن وقتی میرم اون بخش انتظار دارن جواب بدم. اینکه برای مریضا چکار میکنیم. مثلاً چقدر قراره تو بخش بمونم. این جور چیزا اطلاعات داشته باشیم بهتره. درسته چیزایه ساده ایه ولی انتظار دارن بدونیم.

"بعضی چیزارو. تو بیمارستان همراهان نرسیدن ولی تو فامیل و خونواده چرا میپرسیدن. کلاً انتظار از کادر علوم پزشکی بیشتره. من اکثراً تمام اطلاعات بخشو تو خونه میگفتم. مثلاً سوسنو همه تو خونه میشناختن. وقتی از کارآموزی بر میگشتیم ازم میپرسیدن که سوسن چطور بود."

c. یادگیری از همکلاسی: دانشجویان شرکت کننده در این مطالعه هنگام صحبت کردن از همکلاسی های خود به عنوان منبع یادگیری یاد میکردند. استفاده از این روش یادگیری اشتیاق دانشجویان به یادگیری را نشان میدهد

"بعضی از دوستانم راحت تر با بیماران ارتباط برقرار می کردند و من فردای آنروز به آنها می گفتم که شما خوب ارتباط برقرار می کنید و من هم می خواهم مثل شما ارتباط برقرار کنم."

"بعضی از دوستانم در برقراری ارتباط با بیماران و افراد سالم بدون دلهره و براحتی ارتباط برقرار میکنند و سر صحبتو با احوال پرسی شروع میکنند. بعضی اوقات دوستانم طوری با بیمار سوالات را مطرح می کردند که برای من جالب بود و من هم می خواستم مثل آنها ارتباط برقرار کنم."

در حقیقت ارتباط خوب همکلاسی ها با یکدیگر منجر به همکاری آنها در محیط بالینی میشد. این همکاری باعث میشد دانشجو به دیگر دانشجویان بیشتر از مربی تکیه کند:

"بیشتر از مربی و پرسنل وجود آنها نعمت بودند. من بعضی اوقات کنار دوستانم می نشستم و طرز پرسیدن سؤال را در مورد بیمارشان، گذشته آنها، ازدواج کردن و... از دوستانم یاد می گرفتم. بعضی از سوالات مثلاً اینکه در زمان تولد چه مشکلی داشته اند و نوع زایمان چی بوده است و این سوالات توسط بعضی دوستان با جملات مناسب پرسیده میشد که من هم سعی می کردم کنار آنها بنشینم و یاد بگیرم. من از اینکه استادی نداشتم که در جمع ما با بیمار صحبت کند و ما با سوالات و جملات ایشان یاد بگیریم و دفعه بعد خودمان بکار ببریم خیلی ناراحت هستم و این کمبود را از دوستانم کمک گرفتم و طرز پرسیدن سوالات را از آنها یاد میگرفتم و یاد داشت می کردم. در کل همه سعی میکردیم از همدیگر مطلبی یاد بگیریم. ما هفت نفر بودیم و سعی می کردیم اطلاعات لازم را به هم منتقل کنیم."

سعی میکردیم کم کاری مربی را با مشارکت خودمان و بصورت گروهی با بیمار صحبت کردن و مصاحبه گروهی و کنفرانس گروهی جبران کنیم."

"وقتی دور هم جمع بودیم شرایط طوری میشد که راحت تر بودیم ولی به تنهایی نمی تونستیم کاری بکنیم."

d. ارزشیابی یادگیری خود:

"من هر روز در بخش روان خودم را ارزیابی میکردم. روزهایی که کنجکاو می بودم در مورد بیماران باعث میشد بیشتر در مورد بیماران بدانم میرفتم و مطالعه میکردم و شرح حال دقیق از بیماران اخذ میکردم آن روز از خودم راضی بودم اما روز

هائی که مثلاً با بیمار اسکیزوفرن مصاحبه میکردم که همکاری نمیکرد باعث میشد مصاحبه خوبی برقرار نکنم. از خودم راضی نباشم."

"من و یکی از دوستان نزدیکم علائم بیماری را در بیمار بررسی و با هم چک میکردیم. این کار باعث میشد من بهتر یاد بگیرم."

"وقتی به تدریج با بیماران ارتباط برقرار کردم و آنها مشکلات خود را مطرح کردند متوجه شدم که میتوانیم مفید واقع شویم و به آنها کمک کنیم و به خودم گفتم باید طوری کار کنم که اگر روزی در بخش روان قرار شد کار کنم بتوانم به تنهایی کارها را انجام دهم و امورات بخش را اداره کنم و شرایط بخش را تحمل کنم" (مصاحبه ۷).

"در مورد یکی از بیماران بخش که اسمش الان یادم نیست خیلی تلاش کردم و نتیجه تلاشم این بود که بیمار وقتی در روزهای بعدی با همسرش که به ملاقاتش می آمد خیلی آرام و صمیمیت صحبت میکرد و این یک نتیجه خوب از عملکردم در بخش بود."

"یادگیری ما آنطور نبود که خیلی دست خالی باشیم اما کاش بهتر از این بود. شاید بهتر از مربی، کلاس و کتاب خود بیماران مفیدتر بودند واز خود آنها بیشتر یاد میگرفتیم. ما هر روز وقتی با بیماران مصاحبه میکردیم و بیمار علت مشکلاتش را از گذشته شروع میکرد و میگفت باعث میشد یاد بگیریم چه عللی باعث چه اختلالاتی میشود و چطور سؤال بکنیم تا به جوابمان برسیم و تجارب گذشته بیماران را دانستن باعث میشد بدانیم که راه های پیشگیری از این اختلالات چیست."

"یکی از مشکلات اصلی ما این بود که مربی بیشتر روی مطالب تئوری و بحث در کلاس تاکید داشت و به بالین توجه نمیکرد. مربی ما شاید یکبار هم خودش با بیماران در حضور ما مصاحبه نکرد در حالیکه اگر چنین میکرد خیلی آموزنده بود. نکته دیگر این که دارو دادن ما در بخش مثل پرسنل بود یعنی داروها رو از پشت نرده میدادیم و این اصلاً خوب نبود. من وقتی میدیدم که پرسنل و حتی مربی ما با بیماران بد رفتاری میکنند و سر بیماران داد میکشند با خودم میگفتم حتماً ما هم اگر پرستار بخش روان شویم چنین عمل خواهیم کرد. همه با بیماران طوری رفتار میکردند انگار که آنها زندانی و محکوم هستند و باید مجازات شوند. اما اگر پرسنل، دانشجویان و حتی پزشکان درست رفتار کنند. به بیماران بر اساس وضعیت و تشخیص اتاق داده شود فضا بر یادگیری خیلی بهتر میشود. پرسنل ما رو بعنوان همکار خودشان حساب نمیکردند و حتی بخاطر برداشتن یک برگ شرح حال با ما بدرفتاری میکردند. پزشکان هم با ما برخورد خوبی نداشتند و وقتی سوال میکردیم تعجب میکردند و میگفتند این سوالات در حد پرستاری نیست و بی توجهی میکردند."

"از مشکلات ما تجمع دانشجویان در بخش بود. در اکثر روزها اگر ساعت ۹ صبح کسی به بخش می آمد تعجب میکرد که این همه روپوش سفید اینجا چکار میکنند. ۷ نفر دانشجوی پرستاری، ۹ نفر دانشجوی پزشکی و پرسنل پرستاری بخش دور هم باعث میشد که هم سرو صدا زیاد باشد و هم بیماران احساس آرامش و راحتی نکنند و مصاحبه انجام ندهند."

e. **اشتیاق به کار کردن در بخش روان:** رضایت کامل دارم. بخش مرتبی است کارهایش معلوم است برنامه هایش مشخص است چه از نظر دارویی و درمانی و چه از نظر مقررات، بخش مرتب و منظمی است ساکت و آرام بخش است سایر بخش ها بسیار شلوغ بوده و شمار بیماران آنها زیاد است و اگر بخواهیم برای یک بیمار وقت بگذاریم نمی توانیم به سایر بیماران برسیم.

"به خاطر ارتباطی که با خود بیمار داشتیم و از نظم خود بخش خوشم آمد و نظم خاصی داشت از نظر زمان دارو دادن و به شیوه خاص میدادند و هر بیمار فنجان مخصوص داشت که داروی هر بیمار را جدا می کردند. هم اشتباه کمتر می شد و بیمار کمتر نسبت به بخش های دیگر داشت و در ضمن بخش خلوت بود چون در سایر بخش ها ۳-۴ گروه تداخل داشتند و سر و صدا زیاد و تعداد دانشجو ها زیاد بود."

"بخش خیلی خوبی بود بعد از تموم شدنش من دلم تنگ میشد برا اون بخش. در کشون میکردم که چقد براشون سخته بخصوص وقتی فکر میکردم که چقد سخته که تو چیزی رو میبینی که هیچکس نمی بینه چیزی رو احساس میکنی که هیچکس احساس نمیکنه، وقتی هم میگی هیچکس قبول نمیکنه، کسی نیست که احساسشو درک کنه"

### **نگاهی کلان بر مضمون های ظهور یافته در این مطالعه:**

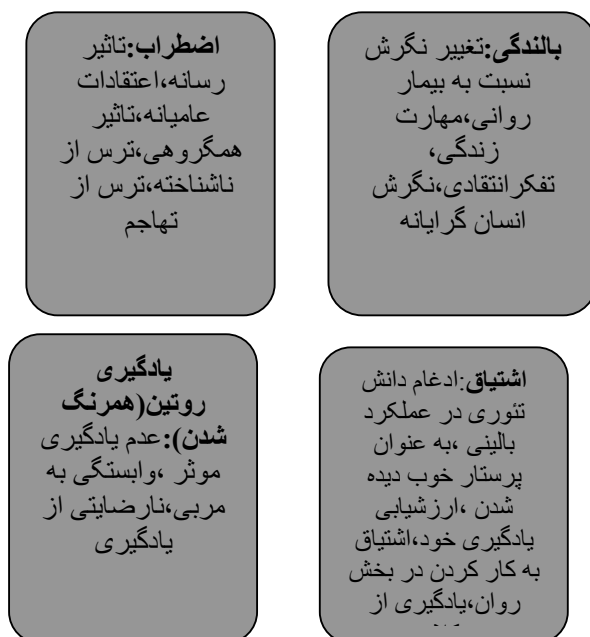
مضمون های ظهور یافته در این مطالعه با یکدیگر و با پدیده تجربه کار بالینی دانشجویان پرستاری در بخش روان همخوانی دارند. این درون مایه ها در پاسخ به سوال مطالعه که "تجربه کار بالینی در بخش روان از دید دانشجویان پرستاری چه معنایی دارد؟" دیدی جامع نسبت به این پدیده بوجود آورده و به معنای تجربه بالینی دانشجویان پرستاری در بخش روان عمق میدهد.

بدون استثنا در شروع کارآموزی بالینی روان دانشجویان توصیف کردند که احساس ترس از بیماران بخش را دارند و ترس از اینکه ممکن است به آنها آسیب برسانند. در انتهای دوره اکثر دانشجویان احساس ترس میکردند و نسبت به بیماران احساس احترام داشتند. این یافته ها غیر قابل انتظار نیست و با بسیاری از مطالعات موجود در مورد آموزش بالینی روان مطابق بود. اما ما انتظار داشتیم که دانشجویان این بخش را با حداقل احساس کفایت و توانائی برای کمک به بیماران خود ترک کنند. در این تحقیق این چنین نبود و دانشجویان با احساس عدم توانائی برای مراقبت از بیمار روانی از این بخش را تمام کردند. دانشجویان این تحقیق برنامه درسی فاقد آمادگی قبل از بخش برای بخش روان بود و بسیاری از آنها تئوری را نیز نگذرانده بودند. عدم حضور مداوم دانشجو در بخش نیز مانع ایجاد ارتباط درمانی با دانشجویان میشد. در این شرایط دانشجویان احساس بی کفایتی میکردند. این احساس بی کفایتی مقداری هم مربوط به عدم اطلاع از منابع مفید برای مطالعه و یادگیری بود. بسیاری از دانشجویان اظهار میکردند که آنها از پرسنل چیزی یاد نمی گیرند چون خود پرسنل هم چیزی بلد نیستند. "من نقش خود به عنوان پرستار را یاد نمیگیرم. . ."

این دیدگاه این عقیده را زنده میکند که آموزش بالینی باید در جهت هدایت دانشجویان به سمت مهارتهای مراقبتی باشد تا احساس کفایت آنها را بیشتر نماید. این نیاز ضروری وجود دارد که رشته پرستاری استراتژیهای را برای تسهیل آموزش بالینی تکوین بکند. دانشجویان امروز آینده رشته هستند و برای عمل در یک جو همراه با تغییرات غیر قابل پیش بینی آماده میشوند. این پرستاران فردا بهترین آمادگی را که ما میتوانیم ارائه دهیم انتظار دارند.

این مطالعه در بخش انجام گرفت که پرسنل دانشجویان را در تیم مراقبتی وارد نمیکردند. دانشجویان به مدت ۹ روز ۴ ساعت در روز و سه روز در هفته در بخش روان بودند و در انتهای دوره دانشجویان احساس نمیکردند که جز گروه درمان هستند. این دانشجویان فقط به عنوان ویزیتور بخش روان هستند. آنها احساس تعلق به بخش نمیکند و به حد کافی در بخش حضور ندارند که هم بستگی با پرستاران بخش داشته باشند. در واقع بیشتر وقت یادگیری آنها در بالین تلف میشود چون بیشتر زمان کارآموزی صرف آشنائی با بخش و بیماران شده و مسولیت بیماران بطور کامل به دانشجویان واگذار نمیشود. دانشجویان ابراز میکردند که کار ناقص انجام میدهند. با وجود اینکه دانشجویان میخواستند مراقبت کامل داشته باشند اما نمی دانستند چگونه با بیماران ارتباط برقرار کنند، احساس میکردند که پرستاران نقش پرستاری خود را بخوبی انجام نمیدهند و نمیدانستند که کار درست را از چه کسی باید یاد بگیرند. با وجود وابستگی به مربی دانشجویان وقتی میدیدند که مربی کاملاً آنها را حمایت نمیکند سعی میکردند یادگیری خود را به نحوی سامان دهی کنند. در مواردی آنها از همکلاسی های خود یاد میگرفتند، و سعی میکردند از زمان کارآموزی خود به نحو احسن استفاده کنند. بعضی ها دوستی را پیدا کرده و سعی میکردند نادانسته های خود را بوسیله او رفع کنند. سوالات خود را از مربی پرسیده و به کتابهای مختلف سر بزنند تا بتوانند

ابهامات خود را روشن کنند. دانشجویان در این مطالعه مربی را به عنوان مهمترین منبع یادگیری خود معرفی کردند که میخواستند وقت و فرصت بیشتری برای کار با او داشته باشند. آنها گفته های مربی را خوب و جامع . مفید ارزیابی میکردند و نمیتوانستند کتابها و موارد دیگر را جایگزین مربی بکنند. با توجه به ناراحت کننده بودن برخورد با بیماران روانی بخصوص در ابتدای دوره لازم است جلسات تنش زدائی با مربی برای دانشجویان گذاشته شود. دانشجویان بیان میکردند که بعد از کارآموزی فکرشان مشغول بیماران بود. ما توصیه نمیکنیم که دانشجویان این احساسات خود را با خانواده یا دوستانشان مطرح کنند بلکه لازم است این تنش ها را با هم گروهی و مربی خود را در میان بگذارند. مضامین یاد شده در شکل زیر خلاصه شده است:



شکل ۱: تجارب دانشجویان در بخش روان

## **فصل ۵:**

### **بحث و بررسی یافته ها**

## فصل ۵:

هدف اصلی این پژوهش یعنی توصیف و تفسیر پدیده تجربه بالینی دانشجویان پرستاری در بخش روان که به منظور کسب بینش عمیق تر و غنی تر در مورد این پدیده بود در مضمون های بدست آمده از گفته های دانشجویان پرستاری تجلی یافت این مضمون ها در حقیقت پاسخ به این سوال است که تجربه بالینی دانشجویان پرستاری در بخش روان یعنی چه ؟ بنابراین در پاسخ به این سوال میتوان گفت : تجربه بالینی در بخش روان یعنی اضطراب، بالندگی، یادگیری روتین و اشتیاق".

آنچه در فصل قبل تحت عنوان یافته های پژوهش معرفی شد مضمون هایی بود که از گفته های دانشجویان پرستاری که کارآموزی در بخش روان را تجربه کرده بودند ظهور یافت. در حالی که این مطالعه تنها بر روی ۱۳ مصاحبه انجام شد اما باید در نظر داشت که در پژوهش های کیفی هدف تعمیم دادن نتایج نیست بلکه تولید توصیف های درست از یک تجربه است که باعث افزایش بصیرت شده و انسان را وادار به تفکر بیشتر درباره مسائل می نماید (استروبرت و کارپیتر ۲۰۰۷). اگرچه مطالعات محدود به دانشجویان پرستاری شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل بود اما بعضی یافته های این پژوهش یافته های مطالعات انجام شده در دانشگاه های دیگر ایران و دیگر کشورهاست. در این فصل با قرار دادن یافته های مطالعات انجام شده در زمینه تجربه بالینی دانشجویان پرستاری امکان یک جمع بندی کلی فراهم شده است.

پرستاری روانی یک حرفه مبتنی بر عملکرد است با این توجه که عملکرد بالینی عنصر اصلی برنامه این درسی را تشکیل می دهد. دانشجویان پرستاری در متن این تحقیق برای اینکه بتوانند از بیمار روانی مراقبت کنند باید چهار واحد تئوری و دو واحد عملی در رابطه با بیماریهای روانی بگذرانند و غیر از این واحدها نیاز دیگری برای مشغول به کار شدن در بخش روان وجود ندارد و حتی دانشجویان قبل از فارغ التحصیل شدن نیز میتوانند به عنوان کار دانشجویی در بخش روان کار کنند. و هدف آموزش پرستاری در کل مجهز کردن دانشجوی پرستاری با دانش و مهارتهای ضروری برای عملکرد به عنوان پرستار با کفایت و حرفه ای است. بنابراین عملکرد بالینی دانشجویان پرستاری در آماده کردن پرستارانی که قابلیت عملکرد موثر و همینطور دانش کافی دارند اساسی است.

پرستاری روانی در واقع یک تخصص است. با افزایش شمار بیماران روانی در جامعه بین المللی و همینطور ایران که هزینه های بسیار زیادی نیز به جامعه تحمیل می کند نیاز به پرستاران روانی روز به روز بیشتر احساس میشود. چندین مطالعه نیز کمبود پرستاران روانی را نشان می دهد (مولر و همکاران ۱۹۹۱).

مروین و همکاران (۱۹۹۷) چنین نگرانیهایی را از کمبود پرستاران روانی بیان میکنند. تجارب بالینی در برنامه درسی کارشناسی پرستاری فرصتی برای دانشجویان فراهم میکند که دیدگاهی از عملکرد حرفه ای در بخشهای مختلف کسب کنند. دانشجویان ممکن است با دیدگاهی منفی یا مثبت حیطه های یادگیری را ترک کنند و این تجربه تصمیمات آنها درباره جایگاه عملکرد خود در آینده را تحت تاثیر قرار میدهد.

## اضطراب

آموزش پرستاری در تجارب عمومی و بالینی هزینه هایی دارد. دانشجویان نیاز دارند دانش و مهارتهایی را بدست آورند و با محیط های بالینی و مربیان در حال تغییر تطابق یابند و مربیان ممکن است به محتوا و تجارب یادگیری در پرستاری روانی بهای زیادی ندهند. دانشجویان کارشناسی اغلب با تصاویر ذهنی "دیوانه از قفس پرید" و دیگر تصاویر خصمانه و تهاجمی از بیماران روانی وارد واحدهای روانی میشوند. این زمینه با نصایح خانواده ها مانند "مراقب باشید" همراه میشود. وظایف تکراری بخشهای قبلی حالا رفته و به جای آن لازم است دانشجویان وقت خود را به ارتباط درمانی با مددجویان روانی بگذرانند. این تقاضاهای بالینی منجر به استرس دانشجویان در عملکرد بالینی شده و تجارب در پرستاری روانی به صورت



منفی دیده میشود. درک تجارب دانشجویان در پرستاری روانی مدرسین را قادر به درک بهتر دیدگاه آنان و تخفیف استرس ها قبل از اینکه این استرس مانع یادگیری آنها شود میسازد.

تجارب بالینی ذاتا استرس زا است و مدرس نقش مهمی در ایجاد جو حکایت کننده یادگیری و تشخیص ماهیت استرس زای تجربه را دارد (اورمان ۱۹۹۸، اورمان و گابرسون ۱۹۹۸، اورمان و استندفست ۱۹۹۷).

مطالعات زیادی به تجربه استرس در دانشجویان پرستاری پرداخته است. یافته ها نشان داده است که تجارب بالینی بویژه استرس زا هستند (اورمان ۱۹۹۸، پاگانا ۱۹۸۹). شریف و معصومی (۲۰۰۵). نیز گزارش نمودند که تجربه بالینی پر استرس ترین اجزای برنامه آموزش پرستاری است و فقدان تجربه بالینی محیط های نا آشنا، بیمار دشوار، ترس از اشتباه کردن و نگرانی از ارزشیابی شدن توسط اعضای هیئت علمی به عنوان موقعیت های استرس آور در تجربه بالینی است. لاونگ ۱۹۹۳ جوانب استرس زای تجارب بالینی را ارزشیابی مربی، ادغام تئوری در بالین، تعامل با کارکنان سلامتی، بیماران و خانوادهها و یادگیری سازه های تئوریک، مهارت های تکنیکی و استفاده از تکنولوژی پیشرفته گزارش نمود. بعضی مطالعات روی استرس تجربه شده بوسیله دانشجویان در اولین روز دوره است. بک (۱۹۹۳) در مورد تجربه در عملکرد بالینی مضامین زیر را بدست آورد: اضطراب شدید، احساس جداسازی، شوک واقعیت، تصور خود بصورت بیکفایت، انتخاب های تردید آمیز و مراقبت بهبود دهنده (این باور که مراقبت آنها منجر به تغییر در بیمار میشود).

دانشجویان پرستاری بخصوص دانشجویان مبتدی حیطه بالینی را به عنوان یک محیط یادگیری ترسناک در نظر میگیرند. اولسون و ویتاکر (۱۹۶۸) در مطالعه مربوط به اجتماعی شدن حرفه ای دانشجویان پرستاری در یافتند که واقعیت آموزش پرستاری اغلب بسیار متفاوت از تصویر موجود در ذهن دانشجویان قبل از مواجهه با آن است. این محققین در یافتند که دانشجویان قبل از اولین مواجهه با بخش بیخوابی شبانه و اضطراب نشان دادند. چون آنها از اولین برخورد با بیمار میترسیدند. سپس آنها به علت احساس عدم کفایت احساس ناراحتی میکردند. وانگ (۱۹۷۸) از روش واقعه بحرانی استفاده کرد و ادراکات هشت دانشجوی سال اول را با شش دانشجوی سال دوم مقایسه کرد. او دریافت که دانشجویان سال اول مضطرب و بویژه به تاثیر مربی بر احساساتشان حساس بودند در حالی که دانشجویان سال دوم با کفایت معلم در یاددهی دل مشغول بودند. ویندسور (۱۹۸۷) داده های مصاحبه های ضبط شده با ۹ دانشجو را بصورت سه مرحله از تکامل دانشجو طبقه بندی کرد. اولین مرحله با اضطراب و وسواس در رابطه با عملکرد همراه بود. مرحله دوم دوره انتقال بود که در آن دانشجویان برای تعیین نقش پرستار تلاش میکردند. در مرحله آخر دانشجویان با انجام وظائف پرستاری بسیار راحت تر بودند و به نقش خود و مستقل شدن علاقمند شده بودند. کلی هامر، هارت و فوگل (۱۹۹۰) محتوای موقعیت هائی که دانشجویان سال اول و دوم احساس میکردند ایجاد کننده اضطراب در حیطه بالینی است را تحلیل کردند. آنها نتیجه گیری کردند که اولین تجربه بالینی در بخش و ترس از اشتباه کردن بسیار برای دانشجویان اضطراب زا است و بروز اضطراب در دانشجویان سال اول بالاتر است. در یک مطالعه پاگان (۱۹۸۸) استرسها، چالشها و تهدیدهای گزارش شده بوسیله دانشجویان کارشناسی پرستاری در اولین عملکرد بالینی شان در پرستاری داخلی جراحی را بررسی کرد در این مطالعه یافت شد که دانشجویان در اولین تجربه بالینی شان بویژه با داشتن فرصت برای کاربرد دانش و مهارتها در عملکرد بالینی بیشتر دچار چالش هستند تا تهدید. اورمان و استندفست (۱۹۹۷) تحقیق پاگان را با بررسی استرسها و چالشهای دانشجویان در بخشهای دیگر ادامه دادند. یافته های آنها نشان داد که دانشجویان در عملکرد بالینی استرس نشان میدهند. این استرس با پیشرفت دانشجو در برنامه درسی افزایش می یابد و ترم آخر پر استرس ترین زمان عملکرد بالینی است. دانشجویان مربی را یک عامل استرس زای مهم در عملکرد بالینی میدانستند. یافته های هر دو مطالعه اهمیت نقش مربی بالینی در کمک به دانشجویان در سازگاری با استرسهای موجود در عملکرد بالینی را نشان میدهد.

برنامه درسی پرستاری هم تئوری و هم بالینی ست. و در این میان جز بالینی بسیار استرس آفرین است. چون تجارب بالینی در ایجاد کفایت حرفه ای اساسی است لازم است که مدرسین درباره اینکه چگونه دانشجویان در محیط بالینی به محیط یادگیری پاسخ می دهند تا آنجا که ممکن است اطلاعات زیادی داشته باشند. فقط در این صورت است که مربی می تواند یادگیری ایجاد شده را مناسب سازی نماید.

در مطالعه فعلی دانشجویان احساس استرس نمی کردند بلکه احساس ترس و وحشت داشتند که مبسوط آن در بخش یافته ها بیان گردید. اما مطالعه ماریلین (۱۹۹۹) نشان داد که استرس دانشجویان در بخش روان بیشتر از دیگر بخشها نیست و آنها احساسات منفی در مراقبت از بیماران روانی تجربه نکرده اند و حتی استرس تجربه شده در دیگر بخشهای تخصصی بیش از استرس در بخش روان بوده است و بخش روان را به عنوان محرک و تسهیل کننده ایجاد احساس کفایت در عملکرد بالینی ذکر کرده اند. دانشجویان همچنین بیان کرده اند که از بخش روان خوششان آمده و به آن میزان که انتظار داشته اند استرس زا نبوده است که ممکن است به علت حمایت داده شده از طرف مربی و آگاهی مربی از سختی کار در بخش روان بوده است و دانشجویان ممکن است دانش و استراتژیهای مداخله ای کافی برای مراقبت راحت تر از بیماران و سازگاری با استرسهای موجود در عملکرد بالینی بدست آورده باشند.

علت دیگر استرس می تواند احساس مسئولیت در دانشجویان برای مراقبت از بیمار، در نظر گرفتن نیازهای طولانی مدت بیماران و ارتباط زیاد با بیمار و خانواده باشد. عامل دیگر در استرس دانشجویان می تواند نوع تکالیف داده شده از طرف مربی باشد. در مطالعه ماریلین (۱۹۹۹) دانشجویان بیان کردند که انجام تکالیف بخصوص اگر در انتهای دوره باشد منجر به استرس میشود. این یافته ها مربیان را راهنمایی میکند که انواع و تعداد تکالیف نوشتنی مورد نیاز در عملکرد بالینی را در جهت پیامدهای یادگیری در نظر بگیرند. میزان استرس تجربه شده در دانشجویان اگر کمتر باشد منجر به این خواهد شد که دانشجویان این بخش را در آینده به عنوان محل کار خود انتخاب کنند یا در کارشناسی ارشد روانپرستاری را به عنوان رشته تخصصی خود انتخاب نمایند.

یکی از عوامل استرس زا در دانشجویان مطالعه فعلی وابستگی به مربی بود. در صورتی که در مطالعات دیگر حضور مربی باعث استرس میگردد. بر طبق نظر کوشنر (۱۹۸۶) از نظر تئوری وجود افراد مهم در هنگام یادگیری به علت ترس از اشتباه یا خجالت میزان خطا را افزایش میدهد. کوشنر (۱۹۸۶) پیشنهاد کرد که یک راه حل برای این مشکل این است که مربیان باید کمتر بر نقش ارزشیابی کننده خود تاکید کنند و به ایجاد جو یادگیری حمایت کننده که در آن با خطاها به عنوان فرصتهائی برای یادگیری برخورد میشود تا موقعیت هائی برای انتقاد و تنبیه کمک کنند. پاگانا (۱۹۸۸) قصد داشت جوانب تجربه داخلی جراحی که هم چالش زا و هم تهدید کننده بود را از نقطه نظر تئوری استرس توصیف کند اما داده های کیفی بطور عمده ای تهدید را نشان داد تا چالش. مضامین اولیه که ایجاد شد شامل عدم کفایت فردی ترس از اشتباه کردن عدم اطمینان مربی بالینی و ترس از خطا بود که تعدادی از آنها مانند ترس از عدم کفایت عدم اطمینان و ترس از اشتباه در مطالعه فعلی نیز وجود داشت. شوفستال (۱۹۸۱) بیان کرد که دانشجویان بطور اولیه از توانائی خود در سازگاری، خطر جسمی، مشابه شدن به بیماران روانی، دید کلیشه ای نسبت به بیمار روانی داشتن و تجربه درد روحی نگران بودند.

با اجرای استراتژیهای یادگیری و یاددهی بر اساس تئوری یادگیری بزرگسالان میتوان اضطراب دانشجویان را به اشتیاق تبدیل کرد. نوولز (۱۹۷۸) چهار ویژگی یادگیرنده بزرگسالان را توصیف کرد:

- یادگیرنده بزرگسال خود راهبر بوده و تمایل به خود راهبری دارد.
- یادگیرنده بزرگسال تجارب زندگی را به محیط یادگیری خود می آورد.
- آمادگی بزرگسال برای یادگیری با کفایت نقش و شغلی همراه است

- یاد گیرنده یک راهبرد فوری و حل مسئله ای به یادگیری خود اتخاذ میکند.

اهداف واضح و کار معنا دار انگیزش دانشجو را افزایش میدهد (سیفرت ۲۰۰۴) و منتهی به افزایش احساس کفایت (کفایت در توانائی عملکردی) میشود. وظائفی که نیازهای یادگیری فوری را برآورده سازند ممکن است بسیار انگیزش زا باشند (راجرز ۲۰۰۲). فعالیت های یادگیری که به دستیابی به نیازهای کوتاه مدت، میان مدت دوره و نیازهای طولانی مدت شغلی منجر شود میتواند انگیزش مبتنی بر هدف را ایجاد نماید. یک ابزار موثر در تقویت دستیابی به هدف خاطره نویسی تاملی بدون نمره است (کرفت ۲۰۰۵). از طریق خاطره نویسی دانشجویان مرتبا در ارزشیابی نیازهای یادگیری و دستاوردهای خود مشغول بوده و حیطه هایی که نیاز به بهبود بیشتر دارند را تعیین میکنند. گرچه بعضی دانشجویان این کار را تلف کردن وقت میدانند اما در بیشتر موارد مثبت ارزیابی میشود.

بیشتر دانشجویان وقتی که اهداف درسی با راهنمایی بخصوص در مراحل اولیه بیان شوند در رسیدن به اهداف موفق تر هستند (میفلین ۲۰۰۰). دادن بازخورد در رابطه با تکالیف نیز برای ایجاد یادگیری خود راهبر سازنده است (رگان ۲۰۰۳). دانشجویان همچنین سریعاً با دادن مفاهیم پایه توسط متخصص مستقل میشوند (میفلین ۲۰۰۰).

تسهیل کننده (مربی) از طریق استراتژیهای خواندن و تفکر با صدا میتواند تولید سوالهایی را هدایت کند. دانشجویان میتوانند تکالیف همدیگر را تحلیل کرده و در جمع بیان نمایند. مهم است که تسهیل کننده برای کمک به ایجاد ارتباط دانش جدید با قبلی و در نظر گرفتن اشتباهات به عنوان فرصت های یادگیری تجارب یادگیری دانشجویان را تشخیص دهد (نوولز ۱۹۷۸).

یادگیرنده از طریق بحث خای گروهی کوچک در تشریک و ارزش گذاشتن به تجربیات و مهارتهای خود اعتماد به نفس پیدا میکند. دانشجویان باید در ارتباط دادن تجارب حرفه ای خود با محتوای ناآشنا هدایت بشوند. نوولز (۱۹۷۸) پیشنهاد میدهد که معلم باید برای کمک به یادگیرنده در تشخیص شکاف در دانش خود فرصت هایی فراهم کند. سوالات را به عنوان فرصتی برای یادگیری دیده و انعطاف پذیر باشد. در این صورت لحظات یادگیری را تشخیص داده و زمانی که آمادگی برای یادگیری در اوج خود است یادگیری را تسهیل نماید (مک میلان و همکاران ۲۰۰۷).

اعضا گروه میتوانند تجارب یادگیری و اخبار را به عنوان کاتالیزوری برای بحث های مرتبط با موضوع یادگیری استفاده کنند. همچنین تقاضای بالا ولی واقعی که بوسیله افزایش بارکاری و محتوای مشکل ایجاد میشود منجر به استرس های چالشی میگردد که انگیزش یادگیری را تسهیل میکند (لپین، لپین و جکسون ۲۰۰۴) و در نهایت باعث بهبود برآیند یادگیری میشود. همچنین استرسورهای مثبت میتواند به عنوان کاتالستی برای تغییر شده و محیط یادگیری منفی یک استرس بازدارنده شده و انگیزه یادگیری را از بین میبرد (لپین و همکاران ۲۰۰۴).

با این درک مربی باید برای تعیین موانع یادگیری احتمالی و اطمینان دادن به آنها که نیازهای آنها شنیده شده و مهم است اعضا گروه را در ابتدای هر دوره بررسی کند. در بیشتر موارد مربی با این بررسی احساسات عمومی درباره دوره را کشف خواهد کرد. همچنین مربی میتواند با سوالات باز پاسخ و پیشنهادات تفکر دانشجویان را تحریک کند مربی تمام دانشجویان را باید با ارزش در نظر گرفته و در صورت امکان آنها را در طوفان فکری و بحث مشارکت دهد و در نهایت باز روی ارزش دانشجو و یافته هایش تاکید نماید. این استراتژیهای جرعه ای میتواند یک واکنش زنجیره ای محکم تفکر مربی و دانشجویان ایجاد کند (اسمیت ۲۰۰۴). این راهبرد به انعطاف پذیری و خلاقیت مربی و دانشجو نیاز داشته اما یک درگیری بالائی در فعالیت های یادگیری ایجاد میکنند. آموزش موثر شامل تاکید بر یادگیری دانشجو با ادغام حل مسئله و فعالیت های متمرکز بر یادگیرنده برای فراهم کردن فرصتهائی برای بکارگیری دانش جدید است (نوولز ۱۹۷۸). در هر حال دوره باید طوری برنامه ریزی شود که کمتر وابسته به مربی بوده و هدف تقویت دانشجویان برای بدست آوردن مهارتهای پایه برای

مراقبت پرستاری باشد. هدایت دانشجویان برای بحث در موردشواهد به جای عقاید یک عنصر مهم در دوره بوده و روشی برای تسهیل تفکر انتقادی است (کاندلا و همکاران ۲۰۰۳).

### همرنگ شدن با جماعت (یادگیری روتین)

بسیاری از بیانات دانشجویان در مطالعه فعلی بیانگر عدم یادگیری موثر و عدم رضایت دانشجویان در بخش روان بود. دیویس (۱۹۹۳) یک تحقیق گراند تئوری انجام داد و در آن دانشجویان احساس اضطراب، خستگی از ارزشیابی و عدم یادگیری مناسب را بیان کردند. پرسی (۱۹۹۶) ۳۸ دانشجوی لیسانس را از نظر عوامل منفی، مثبت و احتمالاً مفید که در کارآموزی بهداشت روان تجربه کرده بودند بررسی کرد. او دریافت که عوامل مثبت شامل حرفه ای بودن و اشتیاق کارکنان، پذیرش دانشجویان، تنوع فرصتهای یادگیری و درگیری مستقیم با بیماران بود عوامل منفی عموماً مربوط به عملکرد کارکنان بود عوامل احتمالاً مفید عواملی بود که بین انتظارات دانشجویان از برنامه، ویژگیهای محیط یادگیری و ایفای نقش پرستاری روانی هماهنگی ایجاد میکرد. مطالعاتی نیز بر اندازه گیری نگرشهای دانشجویان نسبت به بیماران روانی تمرکز داشته اند. برای مثال بایرن و فرانسورت (۱۹۸۹). با استفاده از معیار نگرش نسبت به بیماری روانی با ۱۸۵ دانشجو تاثیر آموزش بالینی خود را اندازه گرفتند.

تحقیق فعلی نشان داد که دانشجویان آموزش موثری را در این بخش نداشته و دچار کاستی های عدیده ای در این زمینه هستند و احساس میکنند که آنچه در کتابها وجود دارد به هیچ عنوان در کارآموزی پیاده نمی شود رالف (۱۹۹۴) در مطالعه خود دریافت که دانشجویان شکاف قابل ملاحظه ای را بین تئوری و عملی احساس میکنند. آنان در محیط های بالینی خود را در بین انتظارات مربی و پرستاران بالینی سرگردان میبینند و با موقعیت های بالینی متفاوتی مواجه میشوند که قادر نیستند آنچه را که در تئوری یاد گرفته اند تعمیم داده و به کار گیرند. بطور کلی شکاف بین تئوری و عمل میتواند به عنوان تناقض بین آنچه که دانشجویان در کلاس درس جوانب تئوریک پرستاری - آموزش میبینند و آنچه که در محیط بالینی عملکرد پرستاری - تجربه میکنند تعریف شود (جونز ۱۹۹۷). مطالعات چندی این پدیده را بررسی کرده است. بعضی مطالعات تناقضی را بین آنچه که دانشجویان پرستاری در تئوری آموزش میبینند و آنچه که محقق در عملکرد دانشجویان در عمل مشاهده کرد کشف کرده است (هانت ۱۹۷۴، بندال ۱۹۷۵، گات ۱۹۸۲). مطالعات دیگر دریافت که معلمین پرستاری ارزشهای متفاوتی از کارکنان پرستاری دارند. معلمین بر روش ایده آل تاکید میکنند در حالی که کارکنان بالینی ب انجام کار بصورت رئالیستی بسیار توجه دارند (پیر ۱۹۷۷). لاثالان (۱۹۹۴) پیشنهاد میکند که شکاف تئوری و عمل تا حدودی وجود دارد زیرا پرستاری اخیراً از تربیت محوری به سمت مدل آموزشی حرکت کرده است. متخصصین آموزش اغلب به عنوان ایجاد کنندگان شکاف بین تئوری و عمل معرفی میشوند زیرا اجرا آموزش ایده آل پرستاری در حیطه بالینی غیر ممکن است. با انتقال تمام آموزش پرستاری به آموزش عالی که بطور سنتی بر کسب پایه دانش تئوری تاکید دارد. می توان گفت که شکاف تئوری و عمل عریض تر میشود اگر تئوری نتواند به عمل ترجمه شود آموزش پرستاری تا چه حد میتواند در ایجاد کارکنان با کفایت موثر باشد (UKCC 1994) و ارزش و کیفیت تجارب آموزشی دانشجویان تا چه حد خواهد بود؟ بنظر میرسد که چندین عامل روی شکاف تئوری و عمل تاثیر دارند می توان گفت که شکاف تئوری و عمل یک عملکرد زمان است و گاهی اوقات دانشجویان مجبورند با آن زندگی کنند تا وقتی که دانش و تجربه کافی داشته باشند تا بتوانند جوانب مختلف تئوری و عمل را با هم جمع کنند. اما اگر لازم است که بزرگسالان یادگیری موثر داشته باشند نیاز دارند اهمیت آنچه را که یاد میگیرند ببینند و قادر باشند به بکارگیری آن در حالا و اینجا (نولز ۱۹۶۰). بعضی نویسندگان بحث میکنند که به علت انواع مختلف دانش شکاف تئوری و عمل همیشه وجود خواهد داشت (مک کاگرتی ۱۹۹۱). برنارد (۱۹۷۸) به

این موضوع با عنوان دانش نظری یا "دانستن چیز" که از کتابها بدست می آید و دانش عملی یا "دانستن چگونگی" که بطور مستقیم از تجربه موقعیت بدست می آید نام میبرد. رالف (۱۹۹۶) می گوید این دوگانگی بوسیله مفاهیم نظری که تاریخ گذشته شده اند پیچیده شده است و پیشنهاد میکند که دانش پرستاری نیاز دارد که دوباره مفهوم سازی شود تا تئوری و عملکرد یکدیگر را بسط و غنی میسازند. دیل (۱۹۹۴) پیشنهاد میکند که شکاف تئوری و عمل وجود ندارد بلکه این شکاف مربوط به دیدگاه های نظری متفاوت پرستاری است که بوسیله معلمین و کارکنان استفاده میشود. اومیگوید برای آوردن این دوگانگی به سمت همدیگر دانش تجربی (تامل بر موقعیت ها) و برای دستیابی به درک و بینش جدید در عملکرد مورد نیاز است. جونز (۱۹۹۷) همچنین از تامل در و بر عملکرد برای دستیابی به پراکسیس حمایت میکند پراکسیس تئوری و عملکرد است که مرتبط به هم بوده و ادغام گشته و ماهیت دیالکتیک دارد. آموزش دهندگان باید در این فرآیند محوری باشند، اهمیت را برای دانشجویان خلق کنند به آنها در بکارگیری دانش تئوریک در موقعیت های عملکردی کمک کنند و ایده آل را به واقعیت گره بزنند. یادگیری تجربی، یادگیری مبتنی بر مسئله و تامل تکنیک هائی هستند که می توانند برای تشویق این مورد استفاده شوند. اما این مهارتها زمان میبرند تا بسط و تکوین یابند و برای تسهیل لازم است این فرآیند که در یک پایه منظم دارای ساختار، بطور ایده آل در حیطه بالینی جا بگیرد. برای تشویق توانائی دانشجویان جهت ارتباط دادن عملکرد به تئوری موقعیت های تجربه شده بوسیله آنان میتواند با معلمین رابط تسهیل شود. از مصاحبه ها بر می آید که این اتصال و تامل به هیچ عنوان صورت نمی گیرد. مربیان باید در این فرآیند کار بکنند آنها اگر بدانند که چه تئوری آنها خوانده اند یا اگر خودشان آن را درس داده باشند میتوانند به دانشجویان در تفکر موثر بر روی تجربیات کمک کنند. توالی بهتر تئوری و عملکرد و طول مدت کارآموزی نیز در پر کردن این شکاف مهم است. در هر روز بالینی دانشجویان می توانند یک کنفرانس پس بالینی داشته باشند که در آن تجارب خود درباره بیماران را با دیگر دانشجویان و مدیران در میان میگذارند. در طی این کنفرانس مشکلات مشاهده شده در طی روز بالینی مورد بحث قرار میگیرد.

از طرف دیگر مرور بر متون نشان داد که افراد دچار مشکلات سلامت روان در جامعه دچار بی آبرویی هستند (پرسون و یو ۱۹۹۳). برای کمک به برگشت دوباره مددجویان به جامعه نیاز است نگرشهای منفی در مورد آنها کاهش یابد. پرستاران افراد حرفه ای هستند که با مددجویان ارتباط نزدیک دارند و در نشان دادن پذیرش این گروه برای جامعه نقش مثبتی ایفا میکنند. اما مطالعات نشان داد که بسیاری از پرستاران همان نگرش منفی و نامطلوب را درباره مشکلات سلامت روان دارند. این نگرشها در مشارکت با مددجویان مشکل ساز میشود و توانائی آنها برای بررسی و اداره مددجویان را کاهش میدهد (برین ۲۰۰۰). وجود این نگرش منفی میتواند باعث شود که خانواده ها از بیماری روانی عضو خانواده خود دچار خجالت شده و آن را تا وقتی که مراقبت از او در خانه غیر ممکن شود مخفی نمایند و این نگر به تاخیر درمان بیمار روانی میگردد. بنابراین لازم است پرستاران نسبت به مسئله بهداشت روان در کارشان نگرش مثبتی داشته باشند. دانش و تجربه در این جنبه از مراقبت در آموزش پرستاری اساسی است. روانپرستاری جزئی از برنامه درسی کارشناسی پرستاری است که برای آماده کردن دانشجویان پرستاری با دانش و مهارت های اولیه برای مراقبت از بیماران روانی در بیمارستان و جامعه طراحی شده است. محتویات دوره شامل چهار واحد تئوری و دو واحد عملی بصورت ۱۸ روز کارآموزی و کارورزی می باشد. تمام دانشجویان باید در کلاسهای تئوری و کارآموزیهای بالینی شرکت داشته باشند. قسمت تئوری شامل ماهیت بیماریهای روانی همراه با درمان و مراقبت های پرستاری است. برنامه بالینی در بیمارستان و بخش تخصصی بیماران روانی، درمانگاه روانپزشکی و بازدید یک روزه از مرکز مراقبت از جانبازان روانی برای کمک به دانشجویان در درک بهتر خدمات سلامت روان میباشد. در قسمت بالینی دانشجویان در تمام دوره توسط مربیانی که دارای مدرک کارشناسی ارشد روانپرستاری هستند تحت آموزش میباشند. آنها به ارتباط فعال با مددجویان، بررسی و طراحی برنامه مراقبتی و فعالیت های سازمان یافته

تشویق میشوند. انتظار می‌رود که این مشارکت با درک آنان چگونگی تاثیر مشکلات سلامت روان بررسی میشوند. اما نتایج ارزشیابی لزوماً نگرش آنان را نسبت به مشکلات سلامتی روان نشان نمی‌دهد. چون یکی از اهداف دوره کمک به دانشجویان در ایجاد نگرش مثبت است بررسی این نگرش روش مهمی برای ارزشیابی موثر بودن دوره است.

## اشتیاق

این مطالعه نشان داد که دانش و تجربه میتواند نگرش مثبت تری نسبت به مشکلات سلامتی روان ایجاد کند. دوره روانپرستاری در مجهز کردن پرستاران به دانش مهم است و در مراقبت از مددجویان دچار مشکلات روانی یک نگرش مثبت ایجاد میکند. همچنین در آماده کردن دانشجویان برای مراقبت از نیازهای روحی و روانی اجتماعی مددجویان دارای بیماری جسمی بویژه چون جسم و ذهن به عنوان یک کل عمل میکنند نه بصورت جدا از هم با ارزش است. دانشجویان باور داشتند که در بیمارستان روانی باید آزادی و خلوت وجود داشته باشد و نباید شبیه زندان باشد. همچنین آنها نسبت به افراد دارای مشکلات روانی بسیار پذیرا بودند و انتظار داشتند که همانند دیگر افراد درمان شوند. پن (۱۹۹۴) در یک مطالعه خود دریافت که گروه دانشجویانی که دوست یا فامیل مبتلا به بیماری روانی داشتند نگرش منفی کمتری نسبت به بیماران روانی داشتند. یافته‌ها همچنین این فرض را ایجاد کرد که ارتباط قوی با مددجویان دچار مشکلات روانی نگرش مثبت تری را ایجاد میکند که در مطالعه فعلی نیز چنین نتایجی به چشم می‌خورد.

با توجه به تغییر تمرکز مراقبت از بیماران روانی از بیمارستان به جامعه تغییر نگرش دانشجویان بسیار میتواند در تغییر نگرش افراد جامعه و مراقبت بهتر بیماران در جامعه کمک کند. برای مثال اعضا جامعه میتوانند به کار به عنوان داوطلب در مراکز روانی دعوت شوند. چنین کاری باید برای تسهیل تجربه مطلوب طراحی شود. پرستاران با نشان دادن پذیرش بیماران روانی میتوانند رول خوبی برای جامعه باشند.

مطالعه پیشنهاد کرد که افزایش در دانش مربوط به سلامتی روان و روانپرستاری همراه با ارتباط با مددجویان در یک محیط حمایت کننده و مشوق میتواند منجر به بهبود نگرش گردد. دانشجویان در انتهای دوره نگرش مثبتی نسبت به مددجویان داشتند. در این زمینه هدف دوره تا حدودی بدست آمد. امید است که تغییرات در اجزا شناختی و عاطفی نگرش بالاخره میتواند رفتار دانشجویان را تغییر دهد اما نیاز به تغییر بیشتر با طولانی تر شدن دوره امکان پذیر است و بسیاری از دانشجویان این موضوع را بیان میکردند که ۹ روز کارآموزی خیلی کم است و لازم است این دوره بیشتر شود. و در برنامه بازمینی دروس پرستاری باید به این مهم پرداخته شود.

یکی از زیر مضمّن های اشتیاق یادگیری از همکلاسی است و اشاره به این مطلب دارد که دانشجویان برای یادگیری به دوستان خود مراجعه کرده و سعی میکنند از آنها یاد بگیرند. در مطالعه ویندسور مربی بالینی، پرستاران، دانشجویان و بیماران به عنوان افرادی که به یادگیری دانشجویان کمک میکنند توصیف میشود. در این مطالعه یکی از فاکتورهای عمده اثرگذار بر یادگیری دانشجو در محیط بالینی را حمایت همکلاسی‌ها دانستند. این حمایت سه بعد داشت: حمایت عاطفی، تسهیل یادگیری و کمک در فعالیت های فیزیکی چاپمن و اورب (۲۰۰۱) مطالعه ای بر روی تجارب دانشجویان در محیط بالینی انجام دادند که تمرکز بر استراتژیهای آنان هنگام حضور در محیط بالینی داشت. یافته های این مطالعه نشان داد که دانشجویان در محیط بالینی از طریق یک نظام غیر رسمی به انتشار اطلاعات پرداخته و بوسیله گفتگو در مورد مسائل به یادگیری کمک کرده و از اضطراب یکدیگر می‌کاهند. مضمون یادگیری از همکلاسی به صورت ضمنی اشاره به روی آوردن دانشجویان به گروهی همگن دارد. به نظر میرسد شباهت وضعیت دانشجویان به یکدیگر در حین تجربه بالینی و دغدغه های مشترک اعضای گروه مهمترین عامل روی آوردن دانشجویان به گروه محسوب میشود. قرار داشتن دانشجویان

در دوره نوجوانی و روی آوردن آنها به همسالان خود به عنوان بخشی از فرآیند رشد و تکامل این دوره از زندگی نیز از عوامل موثر است. در حقیقت دانشجویان از این طریق بر کاستی هایی که ممکن است حین تجربه بالینی داشته باشند غلبه می کنند.

استروبرت (۱۹۹۴) در مطالعه خود بر تجربه دانشجویان پرستاری مرد مضمون ارتباط تئوری با تجربه بالینی را بدست آوردند. از نظر دانشجویان شرکت کننده در مطالعه استروبرت محیط بالینی جایی بود که آنها میتوانستند دانش آموخته شده در کلاس را در عمل بکار گیرند. دانشجویان بر اهمیت داشتن پایه قوی نظری جهت تصمیم گیری در مورد بیمار اشاره کردند. آنان تاکید کردند که تئوری آموخته شده در کلاس ارتباط نزدیکی با توانائی آنها برای انجام مهارتها دارد. در مطالعه ویلسون که به بررسی بعد یادگیری تجربه بالینی دانشجویان پرستاری در محیط بالینی پرداخت مضمون انسجام تئوری با کار بالینی ظهور یافت. دانشجویان مطالعه ویلسون فرآیند بکارگیری حقایق و تئوری های یاد گرفته شده از کتاب یا کلاس را در مراقبت پرستاری از بیماران توصیف کردند. آنان گزارش کردند. نظر آنان بکارگیری مطالب آموخته شده در کلاس باعث یادگیری حقایق و مطالب نظری جدید میشد که با مطالعه فعلی هم خوانی دارد. دون و همکاران (۲۰۰۰) در مطالعه خود که به بررسی تجربه بالینی دانشجویان پرستاری و مقایسه آن با تجربه عملی دانشجویان رشته های دیگر مپردازت مضمونی را با عنوان "انسجام یا تلفیق" معرفی میکنند که به معنای ادغام و انسجام دانش، مهارتها و نگرشهاست. این مضمون دارای دو زیر مضمون "عضویت تیمی" و "عملی کردن نقش حرفه ای" است که زیر مضمون دوم تأیید کننده زیر مضمون ظهور یافته یعنی "ادغام دانش تئوری در عملکرد بالینی" است. دانشجویان شرکت کننده در مطالعه دون و همکاران به بالقوه در آوردن نقش حرفه ای را به معنای حرکت از قلمرو نظری کلاس دانشگاهی به سمت بکارگیری اصول در جهان واقعی تجربه بالینی می دانستند. آنان تجربه بالینی را به عنوان موقعیتی برای آزمودن نقش پرستاری و جستجوی جنبه های عملی حرفه پرستاری می دانستند. برای بیشتر آنان ورود به محیط تجربه بالینی زمینه ای برای آزمایش در مورد این مسئله بود که آیا آنان آمادگی و استعداد انجام عملی کارها را به همان اندازه که راجع به آن کارها دانش داشتند دارا بودند یا نه.

مضمون "پیوستگی و ترکیب تئوری و عمل" توسط یافته های مطالعه ویلسون (۱۹۹۴) نیز تأیید میشود. در مطالعه ویلسون که به بررسی بعد یادگیری تجربه بالینی دانشجویان پرستاری در محیط بالینی پرداخت مضمون "انسجام تئوری با کار بالینی" ظهور یافت. دانشجویان مطالعه ویلسون فرآیند بکارگیری حقایق و تئوریهای یاد گرفته شده در کلاس یا کتاب را در مراقبت پرستاری از بیماران توصیف کردند. آنان گزارش دادند که بعضی از موضوعات کلاس را تنها وقتی که بصورت بالینی مشاهده کرده یا تمرین کرده اند آموخته اند. از نظر آنان بکارگیری مطالب آموخته شده در کلاس باعث افزایش یادگیری حقایق، مفاهیم، مطالب نظری جدید میشد. پیروی (۱۳۸۴) نیز در مطالعه خود بر تجارب بالینی دانشجویان پرستاری به مضمون تبدیل توانائی های بالقوه به بالفعل دست یافت که با مضمون این مطالعه مشابهت دارد.

## بالندگی

همانطور که در بخش یافته ها بیان گردید یکی از یافته های این مطالعه رسیدن دانشجویان به بالندگی بود. نگرش تحت تاثیر عوامل مختلفی شامل تجارب قبلی، دانش مربوط به مشکل و باور عمومی فرد است. رز و هولمز (۱۹۹۱) بیان کرد که نگرشها یاد گرفته میشوند و بنابراین میتوانند تعدیل شده یا یاد گرفته نشوند. این فرض وجود دارد که تغییر نگرش ممکن است منجر به تغییرات رفتاری شود. ولف و همکاران (۱۹۹۶) در یک مطالعه روی واکنشهای مردم به بیماران روانی در جامعه نتیجه گیری کردند که نگرشهای منفی مربوط به فقدان دانش است. آموزش یکی از استراتژیهای است که میتواند آگاهی افراد را افزایش دهد. و فرض بر این است که نگرشهای افراد به مشکلات روانی میتواند با افزایش در دانش مثبت

شود. تجربه در برخورد با بیماران روانی نیز نگرش مثبت تر را تسهیل میسازد. پن و همکاران (۱۹۹۴) یک پیمایش روی ۳۰۰ دانشجوی انجام داده و دریافتند که دانشجویانی که ارتباط قبلی با مددجویان روانی داشتند کمتر آنها را خطرناک میدانستند. پیشنهاد شده است که آموزش متمرکز در دانشگاهها بعلاوه افزایش ارتباط بین افراد جامعه و بیماران روانی نشان داد که دانش و ارتباط نگرش مثبتی را نسبت به مشکلات روانی تسهیل میکند (دمارزو ۱۹۹۰).

مورای و چامبرز (۱۹۹۱) اثرات محل کارآموزی را در نگرش دانشجویان پرستاری مطالعه کرده و دریافتند که ارتباط با افراد روانی یا جسمی منجر به نگرش مثبت تر میشود. مک لافلین (۱۹۹۷) نیز دریافت که تئوری کلاسی تاثیر مثبت بر نگرش نسبت به بیماران روانی دارد. بیللی (۱۹۹۸) در یک مطالعه بر نگرش دانشجویان پرستاری بخش های بحرانی کشف کرد که برای تسهیل مراقبت روانی آموزش لازم است.

اما بعضی مطالعات نتایج متفاوتی را نشان داده است و ولر و گرونر (۱۹۹۸) در مطالعه خود از پرستاران دریافتند که ارتباط با مددجویان روانی نگرش آنان را تغییر نداده است. ویلکینسون (۱۹۸۲) نیز نگرش دانشجویان پرستاری را به مددجویان قبل و بعد از آموزش روانپرستاری بررسی کرد و دریافت که آموزش عدم اعتماد و ترس دانشجویان را رفع نمی کند. مالا و شاو (۱۹۸۷) در مطالعه دانشجویان پرستاری در شروع و انتهای آموزش پرستاریشان دریافتند که نگرشها بدون تغییر مانده است. کالاکان و همکاران (۱۹۹۸) دریافتند که ارتباط با بیماران روانی تاثیر معنی داری روی نگرشهای دانشجویان پرستاری ندارد. یافته های این مطالعه نیز نشان داد که دانشجویان بعد از گذراندن دوره آموزش روانپرستاری نگرش مثبت تری نسبت به مددجویان روانی دارند. این مطالعه این فرض را که دانش و ارتباط نگرش مثبت تر را تسهیل میسازد بوجود آورد. این نتیجه با نتایج برخی از مطالعات پیشین همخوانی دارد که بیان داشته بودند که پرستاران دارای ارتباط قبلی با بیماران روانی نگرش مثبت تری و تحمل بیشتری نسبت به بیماران روانی داشتند (کین ۱۹۹۱)، اما متفاوت بود با یافته های کالاکان و همکاران (۱۹۹۸)، ولر و گرونس (۱۹۸۸) و ویلکینسون (۱۹۸۲).

یکی از قوی ترین مضمون های این مطالعه نگرش انسان گرایانه بود. دانشجویان شرکت کننده در این پژوهش از طریق بکارگیری رفتارهای مخصوص برای برخورد مناسب با هر بیمار برقراری ارتباط نزدیک با بیمار، انجام اقداماتی به منظور تقویت بیمار از طریق همدلی و توجه به این مضمون معنا دادند. در مطالعات دیگر نیز شبیه این مضمون مشاهده میشود. دون و همکاران (۲۰۰۰) در مطالعه ای که در یکی از اهداف آن فهمیدن تجربه بالینی دانشجویان پرستاری بود به این نتیجه رسیدند که دانشجویان تمایل دارند به دیگران کمک کرده و در وضعیت آنها تفاوت بوجود آورند. دانشجویان شرکت کننده در مطالعه دون و همکاران از بیمار به ترتیبی که واقعا یک تفاوت در وضعیت وی بوجود آورند احساس رضایت میکردند. دون و همکاران این تجربه دانشجویان پرستاری راتحت مضمون "رعایت کردن حال دیگران" معرفی کردند. مضمون رعایت کردن حال دیگران تنها یک جنبه از مضمون مراقبت انسان گرایانه را نشان میدهد. این مضمون با در اولویت قرار دادن بیمار به عنوان یک انسان بر کانون توجه پرستاری که همان انسان است توجه خاص معطوف میدارد.

در یافته های مطالعه ماهات (۱۹۹۸) یافته ای متضاد با مراقبت انسان گرایانه دیده میشود. دانشجویان ماهیت ارتباطات بین فردی با افراد دارای ویژگیهای مختلف را منبع استرس میدانستند. شاید بتوان این تفاوت را به اهداف متفاوت دو پژوهش نسبت داشتند مراقبت خوبی به بیمار ارائه دهند. ویلسون (۱۹۹۴) در مطالعه خود که به بررسی دید دانشجویان پرستاری در مورد یادگیری بالینی پرداخت به دو مضمون "آسیب نرساندن به بیمار" و کمک به بیماران دست یافت که هر دو آنها موید مضمون مراقبت انسان گرایانه بود. یکی دیگر از زیر مضمونهای بالندگی مهارت زندگی بود که دانشجویان پرستاری در طی کارآموزی در بخش روان به آن نائل آمده بودند یا تقویت شده بود. روانشناسان در دهه های اخیر، در بررسی اختلالات رفتاری و انحرافات اجتماعی به این نتیجه رسیده اند که بسیاری از اختلالات و آسیبها در ناتوانی افراد در تحلیل صحیح



مسائل شخصی، عدم احساس کنترل و کفایت جهت رویارویی با موقعیت های دشوار و عدم آمادگی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوه مناسب، ریشه دارد (سرخوش، ۱۳۸۴)

بنابراین، با توجه به تغییرات و پیچیدگیهای روزافزون و گسترش روابط اجتماعی در عصر کنونی، آماده سازی افراد به ویژه نسل جوان جهت مقابله با موقعیت های دشوار، امری ضروری به نظر می رسد.

اهمیت و ضرورت آموزش مهارت های زندگی زمانی مشخص می شود که بدانیم آموزش مهارت های زندگی موجب ارتقای توانایی های روانی - اجتماعی می گردد. این تواناییها فرد را برای برخورد موثر با کشمکشها و موقعیتهای زندگی یاری می بخشند و به او کمک می کنند تا با سایر انسانها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگاری عمل کند و سلامت روانی خود را تامین نماید.

بدین ترتیب، تمرین مهارت های زندگی موجب تقویت یا تغییر نگرشها، ارزشها و رفتار انسان می گردد (ناصری، ۱۳۸۴). در نتیجه، با پدید آمدن رفتارهای مثبت و سالم بسیاری از مشکلات بهداشتی قابل پیشگیری خواهد بود.

بر اساس پژوهشهای انجام شده، عواملی نظیر عزت نفس، مهارت های بین فردی برقراری ارتباط مطلوب، تعیین هدف، تصمیم گیری، حل مساله و تعیین و شناسایی ارزشهای فردی در پیشگیری و یا کاهش انواع ناهنجاریهای رفتاری و اختلالات روانی نوجوانان نقش موثری دارند (علیمردانی، ۱۳۸۴).

باپیری (۱۳۷۶) در تحقیقی ۲۶ نفر از دانش آموزان دختر و پسر را که سابقه اقدام به خودکشی داشتند به طور تصادفی انتخاب نمود و به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم کرد. بعد از ۱۲ جلسه آموزش مهارت های حل مساله به گروه آزمایشی، این نتیجه حاصل شد که آموزش در کاهش میزان افسردگی، ناامیدی و بهبود مهارت های مقابله ای نوجوانان اقدام کننده به خودکشی موثر بوده است. اما محققین هیچگونه یافته مشابه ای در این مورد بدست نیاوردند.

**محدودیت ها:** چون حجم نمونه کوچک بود نتایج قابل تعمیم به تمام دانشجویان پرستاری نیست. همچنین یکی از محدودیت ها استفاده از روش تحقیق کیفی بود که قابلیت تعمیم ندارد. اما چون مصاحبه عمیق انجام شد میتوان ادعا کرد که پاسخ های دانشجویان صحیح بوده است. همچنین لپیا (۱۹۹۰) بیان میکند که نگرشی که افراد ادعا میکنند دارند ممکن است رفتار واقعی دانشجویان را بررسی نکرده باشد و این به عنوان یک محدودیت تلقی میشود. همچنین این مطالعه اثرات دانش و ارتباط را بطور جداگانه ارزشیابی نکرد و نمیتوان نتیجه گرفت که چه عاملی باعث بهبود نگرش شده است.

**کاربرد یافته ها:** یافته ها کاربردهای مهمی برای مربیان بالینی دارد. یافته های لزوم تسهیل گسترش دانش، مهارتها و ارزشهای مورد نیاز برای مراقبت از بیماران روانی و اینکه برای دانشجویان محرک و چالش زا باشد را تاکید میکند. تجارب یادگیری باید بر اساس اهداف و نیازهای فردی دانشجویان به دقت انتخاب شوند. گرچه ممکن است در بعضی موارد تجارب خلاقانه برای علاقمند کردن دانشجویان و حفظ انگیزه آنان به جای پیامدهای تعیین شده عملکرد بالینی طراحی شود. شبیه سازی ممکن است برای آماده کردن دانشجویان برای کار با بیماران روانی و کمک به آنان در درک ماهیت مداخلاتی که در تجارب بالینی استفاده میکنند لازم باشد. استراتژیهای تدریس برای کمک به دانشجویان در تشخیص اهمیت مداخلات پرستاری و بسط تفکر آنان درباره مراقبت روانی ممکن است کمک کند. کنفرانس ممکن است طراحی شود که در آن دانشجویان مداخلات متفاوت را نقد میکنند و رهیافت های مختلف برای مشکلات و درگیر شدن در مباحثات "چه می شود اگر را در نظر میگیرند". استراتژیهای یادگیری استفاده شده در دوره های بالینی و چگونگی طراحی تجربه بالینی توسط مدرس برای فراهم کردن آموزش با کیفیت اساسی است. مفاهیم یافت شده پیشنهاد میکند که ویژگیهای دانشجویان و نیز شرایط و امکانات محیط بالینی اعم از نیروی انسانی و امکانات و تجهیزات می بایست در برنامه ریزیهای مربوط به آموزش بالینی سهیم گردند تا علاوه بر ایجاد درک متقابل بین اعضای بالین محیط حمایت کننده برای دانشجویان

فراهم گردد. رامسدن(۱۹۹۲) میگوید". . . یک معلم خوب شدن در آموزش عالی شامل گوش کردن به دانشجویان و تغییر درک خود از تدریس است".

### **پیشنهادهای پژوهش های بعدی**

تحقیق درمورد آموزش بالینی در پرستاری نشان میدهد مه مهارت در آموزش عنصر ضروری در موثر بودن آموزش است اما چه کسی برای آموزش این دانشجویان آماده خواهد شد؟ تعداد کمی از پرستاران کارشناسی ارشد با گرایش روان پرستاری و تعداد کمی پرستار برای آموزش پرستاری وجود دارند و این سوال مطرح میشود که آموزش با کیفیت چگونه ممکن است؟

### **نتیجه گیری**

اگر بخواهیم مضمون های ظهور یافته در این مطالعه را در یک پاراگراف بیاوریم میتوان گفت: تجربه بالینی دانشجویان در بخش روان دارای ابعاد مختلفی است که اضطراب یکی از اجزای جدانشدنی این تجربه است. اضطراب ارتباط دانشجو را با بیمار کاهش داده و یادگیری را به تعویق می اندازد. با این حال اکثر دانشجویان بتدریج ترس خود را از دست داده و به جای آن اشتیاق برای کارکردن در بخش روان را بدست می آورند. بالندگی نتیجه این کارآموزی است که در دانشجویان دیده شد و دانشجویان با گذراندن این بخش مهارت های لازم برای زندگی را بدست آورده و خود را برای کار در خانواده و جامعه آماده میکنند.

این مطالعه بینشی عمیق در مورد آنچه که دانشجویان در طول دوره کارآموزی روان تجربه میکنند به دست میدهد. در این مطالعه به مواردی اشاره شد که برنامه ریزان آموزش پرستاری برای بهبود کیفیت آموزش بالینی بطور اعم و آموزش بالینی در بخش روان بطور اخص می توانند مورد توجه قرار دهند. توجه این دانشجویان به مراقبت انسانگرا نشان داد که آنها در مسیری که به تبدیل شدن به یک پرستار حرفه ای منتهی میشود در حال پیشرفت هستند. آگاهی و اشتیاق آنها و نیز بالندگی که تجربه کرده اند این پیشرفت را تضمین میکند اما موانع عمده ای که در سر راه یادگیری آنها وجود دارد باید برداشته شود. **محدودیتها:** با توجه به کوچک بودن حجم نمونه نتایج این مطالعه قابل تعمیم به کل جامعه دانشجویان نیست. اما در مطالعات کیفی هدف تعمیم نیست. در عین حال داده ها یک توصیف غنی از تجربه دانشجویان در بخش روان بدست داد. بویژه کاربردهای ارائه شده برای عملکرد میتواند در جامعه مشابه قابل استفاده باشد. همچنین این مطالعه از روش مصاحبه عمیق برای استخراج تجارب دانشجویان استفاده کرد اما عدم همخوانی بین حرف و عمل همیشه وجود دارد و افراد ممکن است همیشه آنطور که میگویند عمل نکنند. این مطالعه عملکرد واقعی مشارکت کنندگان را بررسی نکرد که می تواند یک محدودیت باشد. از طرف دیگر این مطالعه متغیرهای مختلف موثر بر نگرش دانشجویان را بررسی نکرد. آیا دانشجویانی که نمره بهتری گرفته بودند نگرش بهتری از خود بروز ندادند؟ و موارد دیگر مشابه این باید در تحقیقات دیگر بررسی شود.

## منابع:

- Alavi M. Tavakol Kh. Behzad-Nejad M. Mahdi-Zadeh Kh. (2008) Iranian nursing students' experiences of relationship with nurses in clinical setting. IJNMR 13(1):10-14.
- Bailey S.R. (1998) An exploration of critical care nurses' and doctors' attitude towards psychiatric clients. Australian Journal of Advanced Nursing 15(3): 8-14
- Beck C.T. (1993) Nursing students initial clinical experience: A phenomenological study. International Journal of nursing studies 30(6): 489-497
- Bendall E (1975) So you passed nurse. Royal College of Nursing, London
- Benner P. (1984) From novice to expert. Menlo Park California: Addison-Wesley .
- Bergman K. & Gaitskill T. (1990) Faculty and students perceptions of effective clinical teachers: an extension study. Journal of professional Nursing 6: 33-44
- Brinn F (2000) Patients with mental illness: general nurses' attitudes and expectations. Nursing standard 14(27): 32-36
- Burnard p (1987) Towards an epistemological basis for experiential learning in nursing. Journal of advanced Nursing 12: 189-193
- Burns N. Grove S. (2005) Understanding nursing research. Philadelphia: W.B. Saunders Co
- Callaghan p, Cheung S S Lau S, Lo W, Tsui L K (1995) Does a psychiatric make a difference to general student nurses in Hong Kong? Hong Kong Nursing Journal 71: 12-16
- Campbell I. E. Larrivee L. field p. A. Day R. A. & Reutte L. (1994) Learning to be a nurse in the clinical setting. Journal of Advances nursing 2:1125-113
- Candela L, Michael S. R. & Mitchell S. (2003) Ethical debates: Enhancing critical thinking in nursing students. Nurse Educator 28: 37-39
- Chan D. S. (2004) Nursing students' perceptions of hospital learning environments- an Australian perspective. International Journal of Nursing Education scholarship 1 (1) article 4. [Http: //WWW. bepress. com](http://WWW.bepress.com).
- Chapman R. Orb A (2001) Coping Strategies in clinical practice: The Nursing Students' Lived experience. Contemporary Nurse 1(11): 95-103
- Christy T. (1980) Clinical practice as a function of nursing education. Nursing outlook 28: 493-497
- Claire J. white J. Brown D. et al. (2002) learning outcomes and curriculum development in major disciplines: nursing (final report). School of nursing and midwifery, Flinders University, Adelaide, South Australia .

- Cooke M. (1996) Nursing students' perception of difficult or challenging clinical situation. *Journal of advanced Nursing* 2, 4: 1281-1287
- Craft M. (2005) Reflective writing and nursing education. *Journal of Nursing Education* 44: 53-57 .
- Cutcliffe J. R. & Mckenna H. (1999) Establishing the credibility of qualitative research finding. *Journal of advanced Nursing* 30(2): 374-380
- Dale A. E. (1994) The theory-practice gap: the challenge for nurse teachers. *Journal of Advanced Nursing* 20: 521-524
- Demarzo L. (1990) The effect of direct psychiatric experience on nursing students' attitude to mental illness. Rutgers. The state University of New Jersey, New Brunswick (Unpublished ED. E thesis)
- Dempsey P.A. & Dempsey A.D. (2000) Using nursing research: Process, Critical Evaluation and Utilization. 5<sup>th</sup> Ed. Philadelphia, Lippincott Co.
- Dienemann J. (1983) Reducing nursing faculty workloads without increasing costs. *Image-The Journal of Nursing Scholarship* 15:111-114 .
- Dunn S.V. & Burnett P. (1995) The development of a clinical learning environment. *Journal of Advanced Nursing* 22:1166-1173 .
- Edmond C. B. (2001) A new paradigm for practice education. *Nurse Education Today* 21(4): 251-259 .
- Erich L.C. (2003) Phenomenology: the quest for meaning. In o'donoghue, T. & puvch k. *Qualitative education research in action doing and reflecting*. London, Rutledge .
- Gott M. (1982) The preparation of the student for learning in the clinical setting In: Davis B. E. (ed) *Research into nurse education*. Croom Helm, London
- Guba E.G. (1981) Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational communication and technology Journal* 2: 9 .
- Haukenes E. & Mundt M. (1983) The selection of clinical learning experiences in nursing curriculum. *Journal of Nursing Education* 2(29):372-375 .
- Holloway I. & Wheeler S. (2002) *Qualitative research in nursing*, 2th Ed. Oxford, Blackwell Science Ltd .

- Hunt J. (1974) The teaching and practice of surgical dressings in three Hospitals. Royal College of nursing, London
- Jones M. (1997) Thinking nursing. In: Thorne S E Hayes V E (Eds. ) Nursing praxis: Knowledge and action. Sage publication, London: 125-137
- Keane M. (1991) Acceptance vs. Rejection: Nursing students' attitudes about mental illness. *Perspective in psychiatric care* 27(3): 13-18
- Kleenhammer K. Hart A. & Keck J. (1990) Nursing student's perceptions of anxiety producing situations in the clinical setting *Journal of nursing education* 29:183-187
- Knowles M.S. (1978) The adult learner: A neglected species (2<sup>nd</sup> ed). Houston: Gulf
- Lathlean B Vaughan (Eds). Unifying nursing practice and theory. Butterworth Heinemann Ltd, Oxford, p 13-32
- Lazinski H. (1979) The effects of clinical teaching on the budgets of schools of nursing. *Journal of Nursing Education*, 18(1):21-24
- Lepine J. A. Lepine M. A. & Jackson C.L. (2004) Challenge and hindrance stress: Relationships with exhaustion, motivation to learn, and learning performance. *Journal of Applied Psychology*, 89: 883-891 .
- Lincoln Y. S. & Guba E. G. (1985) *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, Sage publications.
- Lobiondo Wood G. & Haber J. (2006) *Nursing Research: Methods, Clinical appraisal and utilization*. 5<sup>th</sup> Ed. St Louis, Mosby .
- Loving G.L. (1993) Competence validation and cognitive flexibility: A theoretical model grounded in nursing education. *Journal of nursing Education* 32: 415-421 .
- Mahat G. (1998) Stress and coping: Junior Baccalaureate Nursing students in clinical setting. *Nursing Forum* 13(1): 11-19.
- Malla A. Shaw T. (1987) Attitude towards mental illness: the influence of education and experience. *The International Journal of Social psychiatry* 33(1): 33-41
- Marilyn H. Oermann and Sandra L. (1999) Sperling Stress and Challenge of Psychiatric Nursing Clinical Experiences. *Archives of psychiatric Nursing* XIII (2)(April):74-79
- Mason J. (2002) *Qualitative researching*. London, Sage publications.
- McCaugherty D. (1991) The use of a teaching model to promote reflection and the experimental integration of theory and practice in first year student nurses: An action research study. *Journal of Advanced Nursing* 16: 534-543

- McLaughlin C. (1997) The effect of classroom theory and contact with clients on the attitude of student nurses towards mentally ill people. *Journal of Advanced Nursing* 26(6): 1221-1228
- McMillan E. D. Matias M. D. & Wilkins L. K. (2007) From Anxiety to Enthusiasm: Facilitating Graduate Nursing Students' Knowledge Development in Science and Theory. *Journal of Nursing Education* February 46(2).
- Merleau-pony M. (1962) *Phenomenology of perception*. (Smith C. Trans). London, Routledge and Kegan paul .
- Merwin E.I. Greiner D. Barrell L. Clement J. Chisholm M. Delaney K. Howard p. & poster E. (1997) Advanced practice psychiatric nursing: A national profile. *Archives of psychiatric Nursing* 11: 182-183
- Mifflin BM. Campbell C. B. & price D.A. (2000) A conceptual framework to guide the development of self-directed, lifelong learning in problem-based medical curricula. *Medical Education* 34: 299-306 .
- Moller M. pierce A. Roach R. Shanahan C. & Loch E. (1991) Psychiatric nursing education in Nebraska: 1989-1990. *Issues in Mental Health Nursing*, 12: 343-357 .
- Morse J. M. & Field p. A. (1996) *The Application of qualitative Approach*, 2th ed. London, Chapman &Hall .
- Morse J. M. (1991). Strategies for sampling. In: Morse J. M. & Field P. A. (1996) *the Application of qualitative Approach*, 2th ed. London, Chaoman &Hall .
- Murray M. Chambers M. (1991) Effect of contact on nursing students' attitudes to clients. *Nurse Education Today* 11:363-367
- Nahas V. L. Nour V. & AL-Nobani M. (1995). Jordanian Undergradute nursing students'perceotions of effective clinical teachers. *Nurse Education Today* 9:639-648 .
- Naphthine R. (1996) Clinical education: a system under pressure. *Australian nursing Journal* 3(9):20-24 .
- Nolan. C. A. (1998) Learning on critical placement: the experience of six Australian student nurse. *Nurse Education today* 18:622-629 .

Oermann, M. H. (1998) Differences in clinical experiences of BSN students. *Journal of Nursing Education* 37(5):1-6

Oermann M. H. & Gaberson K. (1998). *Evaluation and testing in nursing education*. New York: Springer .

Oermann M. H. & Staedfest K. M. (1997) Differences in stress and challenge in clinical practice among BSN students in varying clinical courses. *Journal of nursing Education* 36, 228-223

Pagana, K. D. (1989) Psychometric evaluation of the Clinical Stress Questionnaire (CSQ). *Journal of Nursing Education* 28:169-174

Papp I. Markkanen M. Bonsdorff M.V. (2003) Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences *Nurse Education Today* 23:262-268 .

Penn D L. Guynan K, Daily T Spaulding W D. (1994) Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? *Schizophrenia Bulletin* 20 (3): 567-578

Polit D. F. Beck C. T. & Hungler B. P. (2004) *Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization*. 5<sup>th</sup> Ed. Philadelphia, J. B. Lippincott. Ed. *Qualitative Nursing Research: A contemporary Dialogue* (pp: 127-156). Newbury park, California: Sage

Regan J. A. (2003) Motivating students towards self-directed learning. *Nurse Education Today* 23: 593-599 .

Reilly D. E & Oermann M. H. (1985). *The clinical Field: its use in nursing education*. Connecticut, Prentice-Hall .

Rogers A. (2002) *Teaching adults* Philadelphia: Open University Press. (3<sup>rd</sup> Ed) .

Rolfe G. (1994) Listening to students: course evaluation as action research. *Nurse Education Today* 14(3): 223-7

Rolfe G. (1996) *Closing the theory-practice gap*. Butterworth Heinemann, Oxford

Rose J. Holmes S (1991) Changing staff attitudes to the sexuality of people with mental handicaps: an evaluation comparison of one and three day workshops. *Mental Handicap Research* 4 (1): 67-69

Seifert T. L. (2004) Understanding student motivation. *Educational Research* 46:137-149 .

Sharif F. Masoumi S. (2005) A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC nurs* 9(4): 6

- Smythe E. A. (2004) Thinking. *Nurse Education Today* 24, 326-332
- Stallneckt K. (2000). Address to rethinking nursing: National nursing workforce forum. Common wealth department of health and aged care, Canberra .
- Stokes L. (1998) Teaching in the clinical setting. In Billings D. M. & Hallstead J. A. *Teaching in nursing: a guide for faculty*. Philadelphia, Saunders Company
- Streubert H (1994) Male nursing students' perceptions of clinical experience. *Nurse educator* 19(5): 28-32
- Streubert H. J. Carpenter D. R. (2007). *Qualitative Research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (Eds). Philadelphia, Lippincott Co.
- Streubert HJ. Carpenter D. R. (2007) *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 4<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins .
- Tiwari A. Lam D. Yuen K. H. Chan R. Fung T. Chan S. (2005) Student learning in clinical nursing education: perceptions of the relationship between assessment and learning. *Nurse Education Today*, 25: 299-308
- United Kingdom Central Council (1994) *The future of professional practices- the Council's standards for education and practice following registration*. UKCC, London
- Van Manen M. (1997). *Researching lived experience, Human Science for an action sensitive pedagogy* (2<sup>nd</sup> Ed). Ontario, Althouse Press .
- Weller L. Grunes S. (1988) Does contact with the mentally ill affect nurses' attitude to mental illness? *British Journal of Medical Psychology* 61: 277-284
- Wilkinson D. (1982) The effects of brief Psychiatric training on the attitudes of general nursing students to Psychiatric clients. *Journal of Advanced Nursing* 7: 239-253
- Williams A. Wellard s. j. & Bethune E. (2001) Assessing Australian undergraduate clinical learning. *Collegian* 8(4): 9-13 .
- Wilson M. E (1994) Nursing student perspective of learning in a clinical setting. *Journal of nursing education* 33(2): 81-86
- Windsor A. (1987) Nursing Students' perceptions of clinical experience. *Journal of nursing education* 26 (4):150-154
- Wolff G. Pathare S. Craig T. (1996) Community attitudes to mental illness. *British Journal of Psychiatry* 168:183-191



باپیری، امیدعلی (۱۳۷۶) بررسی اثربخشی روش آموزش مهارت‌های گروهی حل مساله در درمان نوجوانان اقدام کننده به خودکشی در ایلام. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، انیستیتو روانپزشکی تهران

پیروی حمید (۱۳۸۴). تجربه بالینی دانشجویان پرستاری: یک مطالعه پدیده شناسی. رساله پایانی جهت دریافت درجه دکتری پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. دانشکده پرستاری و مامائی

سرخوش، سعداله (۱۳۸۴) مهارت‌های زندگی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی همدان انتشارات کرشمه

علیمردانی، محمد (۱۳۸) تاثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سلامت روانی دانشجویان شهر ساوه معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه

ناصری، حسین ۱۳۸۴ راهنمای برنامه آموزش مهارت‌های زندگی کتاب راهنمای مدرس تهران: معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

## بسمه تعالی

### فرم رضایت شرکت در تحقیق

#### دانشجوی گرامی

این مصاحبه در راستای تحقیقی برای بررسی تجربیات بالینی شما دانشجویان عزیز از کارآموزی در بخش روانپزشکی میباشد. در این پژوهش تجربیات بالینی شما طی یک مطالعه پدیده شناسی مورد بررسی و تفسیر قرار میگیرد. مصاحبه شما بصورت انفرادی و در مدت تقریبی ۱/۵-۲ ساعت برگزار خواهد شد. کل مصاحبه انجام گرفته بر روی نوار کاست ضبط شده و توسط محققین بررسی و بصورت مکتوب در خواهد آمد. اطمینان داشته باشید که تمام گفته های شما بصورت محرمانه حفظ شده و فقط توسط محققین قابل دسترسی خواهد بود. در صورتیکه پس از مصاحبه شما قصد تغییر و یا تکمیل پاسخهایتان را داشته باشید این امکان به شما داده خواهد شد. لازم است بدانید ممکن است در بخش یافته های مطالعه قسمتهایی از گفته های شما بصورت نقل قول آورده شود که چنین مواردی محققین متعهد میشوند از کد عددی استفاده خواهند کرد. شرکت شما در این مصاحبه کاملاً داوطلبانه بوده و در هر مرحله از تحقیق میتوانید از ادامه مصاحبه انصراف دهید. توجه داشته باشید که این مطالعه با هدف ارتقا کیفیت آموزش بالینی در بخش روانپزشکی بعمل میآید و میتواند آگاهی شما را نیز در این زمینه و نیز در مورد مطالعه پدیده شناسی افزایش دهد.

**عنوان پژوهش:** تجربیات دانشجویان کارشناسی پرستاری از کارآموزی در بخش روانپزشکی (مطالعه پدیده شناسی)

**سازمان:** دانشگاه علوم پزشکی اردبیل - دانشکده پرستاری و مامائی

**نام محقق:** دکتر منصوره کریم اللهی، بهنام مولائی

امضاء پژوهشگران تاریخ

اینجانب توضیحات فوق را مطالعه کردم و تمام اطلاعات مورد نیاز را از محققین دریافت کردم و با آگاهی کامل در این مطالعه شرکت کرده و موافقت خود را اعلام میدارم.

امضاء شرکت کننده تاریخ

## فرم راهنمای مصاحبه

### سوالات اساسی مصاحبه

وقتی عبارت "تجربه بالینی در بخش روان" را می شنوید چه چیزی به ذهنتان خطور میکند؟  
هنگام حضور در بخش روان چه احساساتی دارید؟  
چه مسائلی در محیط بالینی ذهن شما را به خود مشغول میکند؟

### سوالات پیگیری

می توانید بیشتر توضیح دهید؟  
این بحث را با ذکر یک خاطره خوب و یک خاطره بد ادامه دهید.  
وقتی می گوئید . . . . . منظور شما چیست؟  
آیا مثال دیگری در این زمینه سراغ دارید؟  
وقتی اینطور شد چه فکری کردید؟  
وقتی چنین احساسی دارید چه می کنید؟  
آیا خودتان هم چنین تجربه ای داشته اید؟  
مایل هستم راجع به موضوع دیگری بحث کنیم.  
آیا منظورتان. . . . . است؟  
آیا این صحیح است که شما احساس میکنید که. . . ؟  
آیا ارتباطی بین. . . . . و. . . . . می بینید؟

**Title: An investigation of Nursing Students' Experiences in an Iranian Psychiatric Unit**

**Abstract**

This qualitative study set out to discover and explain clinical experiences of nursing students in a psychiatric unit in an Iranian hospital. This Heideggerian hermeneutic phenomenological study was carried out in a psychiatric unit of an educational hospital in Iran. Data were produced through an in-depth interview with 13 participants. Analysis rooted in the Diekelmann manner helped to interpret data and uncover frequent themes. Four correlated themes – Anxiety, Maturation, Dissatisfaction and Enthusiasm were recognized in the data.

These results present exclusive insight for scheduling and applying and fitting clinical education in Iran, especially in psychiatric units. The exploration and description of experiences of the nursing students will help nurse educators plan clinical learning opportunities in such a way that they are less stressful, thus ensuring that nursing students are equipped to use themselves as therapeutic agents.

**Keywords:** Experience, Clinical Education, Hermeneutic, Nursing Student, Phenomenology